Nr. 1. Kraków, 6 Stycznia 1906. Rok XLV.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Podwale 9. Telefon Nr. 362
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz i tablic ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya, w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cité de Trévise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO ORAZ TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W CHICAGO

wychodzi co Sobota.

Przedpłatę przyjmują: w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., w **Paryżu** V. de Raczkowski, 14 cité de Trévise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Czas odnowić przedpłatę na rok 1906

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla prenumeratorów w Galicyi zamieszkałych dodatek:
„Sprawozdania z czynności Izb lekarskich Galicyjskich" Nr. 12 za rok 1905.

Rok XLV. Kraków 6 Stycznia 1906. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Po dziesięcioletniej wytrwałej pracy kierowniczej ustąpił ze stanowiska naczelnego redaktora Ten, który swym trudem i zabiegami zachował i wzmocnił poważne stanowisko »Przeglądu lekarskiego« wśród pism lekarskich polskich, a pod którego doświadczoną ręką i opieką wyrabiała się część znaczna naszych współczesnych pisarzy lekarskich.

Dziś z dumą i zadowoleniem spoglądać może po za siebie, jak żniwiarz patrzy na plenne snopy, Jego zebrane znojem. Nad to zadowolenie i nad tę słuszną dumę, nad naznaczoną Jego nazwiskiem trwałą kartę w historyi »Przeglądu«, nic Mu większego dać nie możem.

W gronie redakcyjnem, w którego szeregach, rzadkim u nas przykładem, nie uchyla się od dalszej żmudnej pracy, wśród współpracowników, wzrosłych pod Jego okiem, i czytelników, których korzyść przyświecała całej Jego działalności, żegna Zasłużonego Redaktora hołd wdzięczności wraz z życzeniem, by jaknajdłużej mógł jeszcze pracować na ukochanej niwie z takim dla ogółu pożytkiem i tą pełnią sił, jaką aż do tej chwili przez lat trzydzieści poświęcał działalności na polu piśmiennictwa lekarskiego.

Zmiana naczelnego redaktora w polskiem czasopiśmie lekarskiem nie oznacza zmiany kierunku i ram pisma; jestto tylko powołanie na czas pewien do pierwszego szeregu jednego z grona tych, którzy stale około pisma się skupiając, stałe też pismu nadają cechy. W tem gronie od lat przeszło dziesięciu pracując, obrany obecnie wykonawcą jego woli, obejmuję »Przegląd lekarski« w dobie rozwoju; w latach ostatnich odźwierciedlały się w »Przeglądzie« coraz więcej postępy polskiej nauki lekarskiej we wszystkich dzielnicach naszej ziemi i coraz dokładniej i szybciej starał się »Przegląd« zdawać sprawę z ruchu piśmienniczego u nas i zagranicą, nie zaniedbując także i spraw stanu lekarskiego i jego stosunku do społeczeństwa.

Dotrzymanie kroku lekarskiemu ruchowi umysłowemu i stanowemu, oraz potrzebom lekarzy polskich, jest i będzie nadal dążeniem »Przeglądu lekarskiego«; zadanie to o tyle dziś trudniejsze, niż kiedykolwiek, że nadszedł dla całego polskiego społeczeństwa czas, nie sprzyjający pracy piśmienniczej, a uszczuplone przez to koła pracowników nietylko nie skupiają się, lecz przeciwnie rozpraszają i rozdrabniają.

Wpływu, jakiby zabiegi kierowników pism lekarskich wywrzeć mogły na ożywienie piór milknących, wyszukanie i wyrobienie nowych, na wydajność i powstawanie warsztatów pracy naukowej, lekceważyć nie można, ale nie należy przeceniać. Nietylko jaki oracz i jakie ziarno, ale także jaka gleba, taki i plon.

Budując na życzliwości dotychczasowych naszego pisma przyjaciół, na rosnącej u nas umiejętności zrzeszania się do wspólnej pracy, na coraz ściślejszem splataniu się związków szerokich kół czytelniczych z piszącymi, a przedewszystkiem — na niespożytej żywotności polskiego społeczeństwa, dla nowych zadań zdolnego zawsze świeże znaleźć w sobie siły i ze wszystkich przejść dźwigającego się rychło ku wyżynom tem żywszej i świetniejszej umysłowej twórczości — rozpoczynam mą służbę ochotnie i z otuchą. *Stanisław Ciechanowski.*

Kilka uwag o wycinaniu żołądka w 25 rocznicę pierwszego mego wycięcia odźwiernika.

Podał

L. Rydygier.

(Według wykładu klinicznego dnia 16 listopada 1905 r.)

Dziś właśnie mija 25 lat, kiedym pierwszą moją wykonał pylorektomię — i dziś znowu mamy przystąpić do tej operacyi. Zrozumiecie zapewne Panowie, że myśli moje dzisiaj wracają do owego dnia i momentu historycznego i że nie bez wzruszenia staję przed Wami.

Z pewnem zadowoleniem spojrzeć mogę na okres miniony, bo trudno zaprzeczyć, że w tym czasie chirurgia żołądka dopiero się rozwinęła i gorąco zajmowała umysły co najlepszych chirurgów wszystkich narodów, a przyznać musi każdy, że polska chirurgia w tych wyścigach naukowych i w tej pracy wytężonej przodowała. Według ostatniej pracy A. Gabszewicza („Gaz. lekar." 1904, Nr. 42) ogłaszali z polskich uczonych prace w tym przedmiocie oprócz mnie i byłego mego asystenta ś. p. Wehra: Matlakowski, Obaliński, Trzebicky, Barącz, Bartkiewicz, Ciechomski, Droba, Dobrucki, Fiederowicz, Kosiński, Karczewski, Krajewski, Kader, Krauze, Kučera, Majewski, Oderfeld, Raum, Rutkowski, Solman, Schramm, Szuman, Watten, Wertheim i Zagórski.

Wiadomą jest rzeczą, że Péan wykonał dnia 9 kwietnia 1879 r. pierwsze wycięcie odźwiernika, ja 16 listopada 1880 r. drugie, a 28 lutego 1881 r. Billroth — trzecie.

Ta jest wielka i zasadnicza różnica pomiędzy mną a Péanem, że Péan po wykonaniu tej operacyi, opisując ją, nie rokuje jej żadnej przyszłości i wprost przeciwko jej ogólniejszemu wykonywaniu się oświadcza; kiedy ja przeciwnie, mimo nieszczęśliwego zejścia mego przypadku, wyrażam swoje przekonanie, że operacya ta musi dać wyniki, byle ją wcześniej podejmować. Zaraz też w pierwszem mojem ogłoszeniu podaję wskazania do tej operacyi i dokładny opis jej wykonania, a w dalszym ciągu zabieram się razem z ówczesnym moim asystentem ś. p. prof. Wehrem do dalszego wydoskonalenia techniki.

Péan[1]) pisze: „*Quant a nous, autant nous sommes partisan de la gastrostomie pour les cas relativement simples, autant nous sommes peu disposés à pratiquer de semblables résections pour les tumeurs de nature cancéreuse*“.

Ja[2]) przeciwnie w swej pracy piszę: „Na zakończenie powyższego przypadku dodam tylko tyle, że z obserwacyi tej nabraliśmy przekonania, iż operacya wycięcia raka odźwiernika ma niewątpliwą przyszłość. Nie trzeba się zrażać pierwszemi niepowodzeniami“.

W pierwszej mej pracy podany sposób operowania w głównych zarysach utrzymał się do dziś dnia, jakkolwiek w szczegółach naturalnie z biegiem czasu i po większem doświadczeniu musiał się zmienić, i ja sam razem z moimi uczniami do tego się przyczynilem.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że co do tego sposobu operowania mnie się należy pierwszeństwo przed Billrothem i operacya wycięcia odźwiernika, przy której dwunastnica zostaje przyszytą wprost do ścian przeciętego światła odźwiernika, powinna się nazywać metodą Rydygiera, a nie I metodą Billrotha: 1) Nikt nie może datom zaprzeczyć, że operacyę tę wykonałem przed Billrothem.

2) „Cięcie w *linea alba*“, jakie zalecałem zaraz w pierwszej mej pracy (l. c. str. 638) zostało dziś ogólnie przyjęte, a nie skośne, ani poprzeczne cięcie, jakiego Billroth używał[3]) w pierwszych swych operacyach, a Wölfler[4]) w swej pracy następującemi słowy gorąco zaleca: „*Der Schnitt über der Geschwulst ist dem in der Linea alba entschieden vorzuziehen; der erstere gewährt den Vortheil, dass sich sofort der kranke Theil des Magens präsentirt, und dass nicht blos die rechte Hälfte des Magens, sondern auch Pylorus und Duodenum besser zu übersehen sind, als beim Schnitt in der Linea alba; ferner verhütet man dadurch viel leichter den Prolaps der Intestina (!)*“

Tak samo Mikulicz zaleca cięcie poprzeczne bardzo gorąco jeszcze w r. 1883 („Przegl. lek.“ Nr. 14, str. 169): „Do otwarcia jamy brzusznej użyłem cięcia poprzecznego; zalety jego, przytoczone już przez Wölflera, mianowicie łatwy dostęp do żołądka i dwunastnicy, wydają mi się bardzo ważne, a nie widziałem nigdy żadnej szkodliwości takiego cięcia“. Dopiero po kilkakrotnem odezwaniu się z mej strony i dowodzeniu, że mniemanych zalet cięcie Billrotha nie posiada, zostało powoli cięcie w linii białej ogólnie przyjęte, — nawet przez samego Billrotha i jego szkołę.

Tak więc nietylko przejąłem to cięcie od Péana, jak Stieda[5]) twierdzi, broniąc pierwszeństwa Billrotha, ale jako zasługę sobie policzyć muszę, że cięcie to uzyskało ogólne uznanie mimo tak gorącego zalecania cięcia skośnego lub poprzecznego przez szkołę Billrotha. Wprost śmieszną i zbyt niezgrabną jest chęć zmniejszenia mej zasługi, jeżeli Stieda podnosi, że też już Gussenbauer i Kaiser-Czerny — uczniowie Billrotha — przedemną używali cięcia w linii białej przy swoich eksperymentach na psach. To czemuż więc ich mistrz Billroth i jego szkoła uporczywie bronią u ludzi cięcia skośnego lub poprzecznego?

3. Tak samo II-gi akt operacyi wykonał Billroth sam i dziś wszyscy wykonywują tak, jak ja go zaraz w pierwszej swej pracy opisałem (l. c. str. 638): „Wydobycie zrakowaciałego odźwiernika na zewnątrz, o ile można i założenie elastycznego kompresoryum naszego pomysłu“. Wölfler pisze (l. c. str. 19) dosłownie to samo: „*Nach vollendeter Orientirung wird der Magen gegen den Wundspalt, so gut es geht, hervorgezogen...*“ Billroth i Wölfler nie zalecają tylko używania kompresoryów; dziś prawie wszyscy chirurdzy ich używają, przynajmniej do zamknięcia światła żołądka, czy to w postaci pierwotnie przezemnie podanej, czy też według innych modeli. Wölfler w swym opisie (l. c. str. 21) podaje na korzyść niezakładania kompresoryów, że w czasie operacyi można po przecięciu żołądka treść jego gąbkami wymaczać, w razie gdyby przed operacyą nie był się dał zupełnie wypróżnić. Na to postępowanie dziś pewnie i sam Wölfler się nie zgodzi.

4) Nie różnimy się też zasadniczo z Billrothem przy wykonywaniu III-go aktu operacyi, wbrew ogólnie rozpowszechnionemu zapatrywaniu: ja przecinam żołądek skośno-kątowato, Billroth skośnie; ostatecznie po zeszyciu nie widać prawie żadnej różnicy. Najlepiej tego dowodzą załączone ryciny, wyjęte z moich prac i pracy Wölflera (cfr. ryc. I *a* i *b* i ryc. II *a* i *b*). Sam Stieda przyznaje (l. c. str. 399), że niema różnicy istotnej pomiędzy mojem a Billrotha cięciem. Twierdzenie Stiedy, jakobym obecnie inaczej swoje cięcie rysował, niż pierwotnie, muszę stanowczo odeprzeć, bo ryc. III *a* i *b* są wykonane według rycin wprost z Langenbecka archiwu wyciętych — nawet nie kopiowanych.

5) Jeszcze raz chciałbym tu sprostować błąd, jakoby mój sposób operowania tem od sposobu Billrotha się różnił, że ja przyszywam dwunastnicę do małej krzywizny przeciętego żołądka, a Billroth do wielkiej, — błąd, który się w niektórych i najnowszych utrzymuje podręcznikach. Tymczasem nietylko ja w pierwszym swoim przypadku, ale i Billroth — i to w swoich dwóch pierwszych przypadkach — przyszyliśmy dwunastnicę do małej krzywizny, a obydwaj równocześnie i tego samego dnia (8/IV, 1881) na Zjeździe chirurgów niemieckich przyszywanie dwu-

[1]) Péan: Diagnostic et traitement des tumeurs de l' abdomen et du bassin. Paris 1880, pag 517.

[2]) Rydygier: Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach. „Przegl. lek.“ 1880 i po niemiecku: „Deut. Zeitschr. f. Chir.“ XIV tom.

[3]) Billroth: Offenes Schreiben an Herrn Dr L. Wittelshöfer. „Wien. med. Wochensch.“ 1881.

[4]) Wölfler: Ueber die von Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus. Wien 1881.

[5]) A. Stieda: Zur Geschichte der circulären Pylorectomie. „Deut. Zeitsch f. Chir.“ Bd 59. Hft 5 u. 6.

Fig. I *a*.

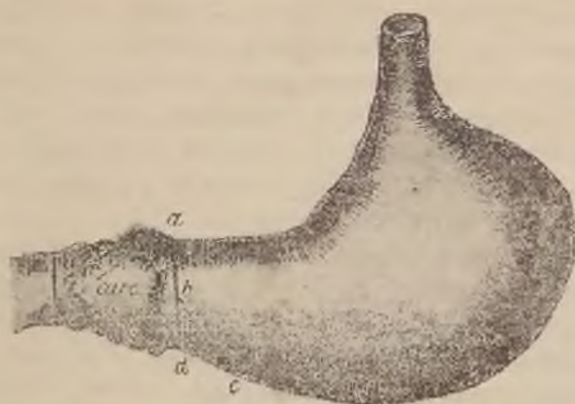


Fig. I *b*.



Fig. II *a*.

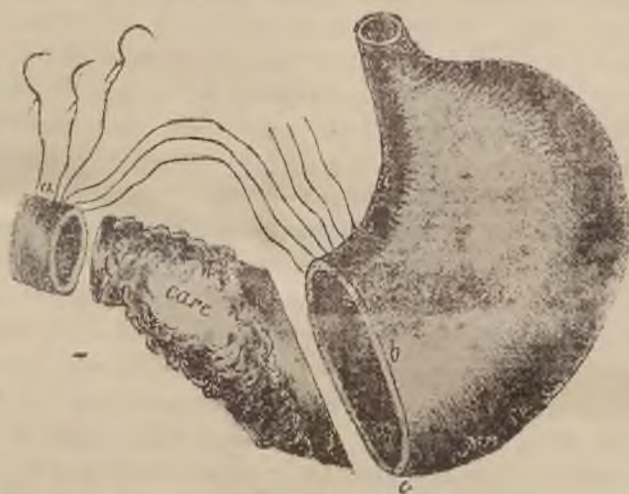


Fig II *b*.



Fig. III *a*.



Fig. III *b*.

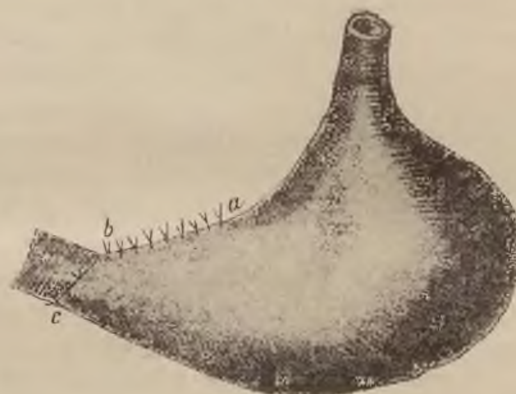


Fig. IV *a*.

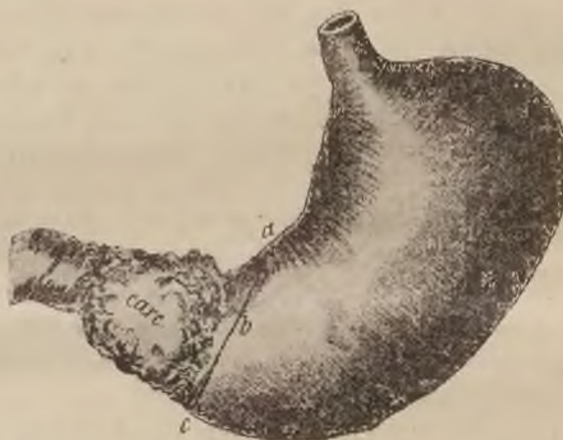


Fig. IV *b*.



nastnicy do wielkiej krzywizny zalecaliśmy: ja sam, a Billroth przez swego ucznia Mikulicza (cfr. ryc. III *a* i *b* i ryc. IV *a* i *b*).

6) Dodać muszę, że i zasługa wprowadzenia na nowo szwu kuśnierskiego do chirurgii żołądkowojelitowej mnie się należy. Wprawdzie Nussbaum go zalecał, a nawet długo przed Nussbaumem znano szew kuśnierski, ale dopiero po kilkakrotnem zaleceniu z mej strony znalazł on na nowo ogólniejsze zastosowanie, specyalnie w chirurgii żołądkowo-jelitowej; po mnie jeszcze Lauenstein, Jalagnier, Hartmann, Kocher i inni gorąco go zalecają.

7) Tak samo trójrzędny szew — szew: Czernego szew błony śluzowej (l. c. str. 638), jako i pokrycie rzędu szwów siecią wielką (l. c. str. 638), zaraz polecałem już w pierwszej swej pracy. Z przyjemnością słuchałem, jak na ostatnim międzynarodowym Zjeździe chirurgów Garré gorąco zalecał na nowo szew na błonę śluzową, jako mający chronić od powstawania wrzodów peptycznych po gastroenterostomii, nie wspominając naturalnie nic o tem, że ja już 25 lat temu to samo zalecałem. Tak samo, daleko później po mnie zalecał Senn z Chicago pokrywanie rzędu szwowego siecią, a teraz zwykle jego podają, jako tego, który pierwszy tak postępować radził.

Tak więc nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że ogólnie dziś używana metoda wycięcia odźwiernika, gdzie przyszywa się dwunastnicę wprost do brzegów przeciętych ścian żołądka — i to do krzywizny większej, gdzie zbyt wielkie światło żołądka zmniejsza się za pomocą szwu zwężającego, wzoruje się dokładnie na pierwszym moim i pierwotnym opisie, ogłoszonym już w roku 1880, i nazywać się powinna sposobem Rydygiera, a nie pierwszym sposobem Billrotha. Sposobem Billrotha jest ten, gdzie po wycięciu guza zaszywa się osobno żołądek i osobno dwunastnicę i dodaje się gastroenterostomię.

Słusznie mógł Jalaguier w wielkiej chirurgii Duplaya i Reclusa na str. 426 VI-go tomu powiedzieć: *„L' opération de la pylorectomie comprend d'après Rydygier, qui le priemer en a bien réglé la technique, cinq temps principaux, auxquels les chirurgiens, qui ont suivi, n'ont apporté que des modifications assez peu importantes“*.

Nie myślę zmniejszać zasług Billrotha i jego uczniów około chirurgii żołądkowo-jelitowej; pozostaną one wielkie i bez przypisywania mu sposobu, którego pierwszy nie podał.

A teraz po 25-letniem doświadczeniu na tem polu dorzucić chciałbym kilka uwag do chirurgii żołądka.

Przedewszystkiem zaznaczyć winienem, że pozostaję przy wskazaniach, jakie w pierwszych swoich pracach podałem, a mianowicie: 1) rak odźwiernika; 2) wrzód okrągły i blizny po nim; 3) krwotoki z wrzodu, często powtarzające się; 4) przedziurawienie ścian żołądka przez wrzód okrągły.

Z prawdziwą przyjemnością widzę, że w ostatnim czasie znajduje coraz więcej zwolenników przezemnie tak gorąco i kilkakrotnie bronione wskazanie wycięcia odźwiernika w przewlekłym wrzodzie żołądka, jak to widać z prac Maydla, Jedlički, Krogiusa, Brennera, Riedla, Hinterstoissera i wielu innych. Kiedym 21 listopada 1881 r. pierwszą pylorektomię z powodu wrzodu żołądka wykonał i później ogłosił[6]), dodał Volkmann nie bez złośliwości: *„Hoffentlich auch die letzte!“* Dziś mam zupełne zadośćuczynienie, jakkolwiek nieco spóźnione, — tem większe, że na ostatnim Zjeździe miedzynarodowym chirurgów w Brukseli mogłem przedłożyć fotografię tej samej pacyentki, cieszącej się najlepszem zdrowiem w 24 lat po operacyi.

Co do sposobu wykonywania tej operacyi, to także nie wiele zmieniłem, a więc:

Akt I. Przecięcie ścian brzusznych w linii białej zatrzymałem W ostatnich czasach i do wycięcia odźwiernika zalecano podobne cięcie kątowate, jakie Kehr zaleca do operacyi na drogach żółciowych, ja jednak nigdy nie czułem do tego potrzeby. Zwracam uwagę, że w trudniejszych przypadkach znakomitą oddaje usługę przedłużenie cięcia aż na mostek.

Akt II. Wydobycie zrakowaciałego odźwiernika na zewnątrz, o ile można, i oddzielenie sieci wielkiej i małej zapomocą podwiązek *en masse*, założonych igłą Dechampsa. Trzymać się jaknajdalej od poprzecznicy (*colon transversum*), żeby jej odżywienie nie ucierpiało Niestety, nieraz rak ją tak blizko podciągnie do żołądka, że trzeba odpowiedni kawałek również wyciąć; przypadki takie zwykle nie nadają się już do pylorektomii.

Akt III. Odcięcie guza od reszty żołądka i dwunastnicy. Postępujemy przy tem teraz zwykle tak, że naprzód przecinamy ściany żołądka: po podsunięciu kompresu z gazy wyjałowionej pod guz i żołądek zakładamy moje elastyczne uciskadła na żołądek od strony wpustowej, przy guzie zaś długie kleszczyki tak, że nic ani z jednej, ani z drugiej strony wypłynąć nie może. Żeby uciskadła nie mogły się zesunąć, zakładamy przed niemi u góry i na dole kleszczyki Chaputa. Co do samego przecięcia ścian żołądka, to teraz nie zważamy wcale, żeby je skośnie lub kątowato skośnie przecinać, a staramy się tylko o to, ażeby na pewno w częściach zdrowych daleko od guza cięcie poprowadzić.

Dwunastnicę albo zaraz następnie przecinamy, oddalając zupełnie guz, albo dopiero po założeniu tylnej części szwu Lemberta. Pozostawienie na razie guza nieodciętego przy dwunastnicy daje w trudniejszych przypadkach dobrą rękojmię do trzymania i przybliżania jej do przeciętych brzegów żołądka. Na dwunastnicę nie zakładamy już uciskadeł, a światło jej dostatecznie da się zamknąć, jeżeli założymy jedną pętlę u góry, a drugą u dołu blizko brzegu dwunastnicy i pętlami temi ku górze ją unosimy i zarazem rościągamy, jak to już dawniej zalecałem. Wobec nizkiego ciśnienia wewnątrz dwunastnicy wystarczy to celem zapobiegnięcia wypływaniu żółci,

Akt IV. Wobec zwykle istniejącego znacznego osłabienia chorego i długiego trwania operacyi opuszczam w ostatnich czasach osobny szew na błonę śluzową i przy pierwszym rzędzie szwu Czernego zabieram także błonę śluzową, jak to radzi Hartmann. W ten sposób osiągamy dokładniejsze złożenie się brzegów błony śluzowej, a zarazem tamujemy krwotok z przeciętych brzegów żołądka i dwunastnicy, mimo że zakładamy tylko dwa rzędy szwu.

Zwykle rozpoczynam szwem zwężającym u góry przy małej krzywiznie i to zakładając naprzód pierwszy rząd,

[6]) L. Rydygier: Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia wskutek wrzodu. Wyzdrowienie. („Przegląd lekarski“ 1881 i „Berl. klin. Wochenschr.“ 1882. Nr 3).

idący przez całą grubość brzegów. Potem zaraz zakładam drugi rząd — szew Lemberta, tak jednak, że zostawiam otwór w żołądku naumyślnie nieco za wielki, żeby mieć dogodne miejsce do wszycia dwunastnicy, — zmniejszyć zawsze jeszcze można otwór dodatkowym szwem.

Następnie przystępuję do szwu łączącego na tylnej ścianie u dołu przy krzywiznie większej i to zakładając naprzód drugi rząd Czernyego — szew Lemberta: zapomocą kilka kleszczyków Chaputa wywijam i przybliżam brzegi. Szew ten na razie nie obcinam, żeby później posłużył w dalszym ciągu do jaknajdokładniejszego zamknięcia kąta, gdzie się stykają szew zwężający i szew łączący.

Dalej rozpoczynam u dołu przy krzywiźnie większej na tylnej ścianie szew przez całą grubość ściany — szew Hartmanna, czyli zmodyfikowany pierwszy rząd szwu Czernyego.

W dalszym ciągu zakładam na przednią ścianę żołądka i dwunastnicy naprzód szew Hartmanna i staram się teraz, kiedy dojdę do góry, skrzyżować szwy zbiegające się tutaj z tylnej i przedniej ściany tak, żeby słaby ten punkt jaknajmocniej zamknąć.

Ostatecznie następuje szew Lemberta na przednią ścianę, także przebiegający od dołu ku górze. Znowu staramy się i na końcu tego rzędu jaknajdokładniej zaopatrzyć kąt, gdzie się stykają szwy.

Opisałem porządek, w jakim zwykle zakładam szwy, są jednak przypadki, gdzie od tego porządku odstępuję: operacya wycięcia odźwiernika — to nie dla chirurgów początkujących; — tam trzeba panować zupełnie nad techniką i odpowiednio do przypadku nieraz drobne odmiany zaimprowizować. Czasem może się zalecać zupełnie inny porządek w zakładaniu szwów: 1) na tylną ścianę szew Lemberta, rozpoczynając od dołu, a kończąc przy kącie; 2) szew Hartmanna, rozpoczynając na tylnej ścianie u dołu, a w kącie tylko go przerywając węzełkiem i przechodząc zaraz w górę w pierwszy rząd szwu zwężającego; 3) na przednią ścianę znowu od dołu naprzód szew Hartmanna, który się zakończy w kącie, krzyżując z poprzednim; 4) drugi rząd — szew Lemberta — na przednią ścianę, przerwany przy kącie, a potem dalej biegnący po skrzyżowaniu, jako drugi rząd szwu zwężającego.

Dodam tylko jeszcze tyle, że jeżeli różnica w świetle przeciętego żołądka i dwunastnicy nie jest zbyt wielka, jak np. czasem po wycięciu odźwiernika wobec wrzodu, tam najchętniej nie zakładam wcale szwu zwężającego, starając się albo skośnem przecięciem dwunastnicy sposobem Wehra, albo przez to, że zawsze nieco więcej biorę ściany żołądka w szew, niż ściany dwunastnicy, wyrównać różnicę. W ten sposób udaje się nieraz wprost zdumiewająco wielkie różnice wyrównać, a ma się tę wielką korzyść, że unikniemy słabego punktu w miejscu zetknięcia się szwu zwężającego ze szwem łączącym. Po założeniu szwów jeszcze i dziś unoszę sieć i kilku szwami węzełkowymi przytwierdzam ponad nimi. Ściany brzuszne łączę, jak we wszystkich innych laparotomiach obecnie, w ten sposób, że naprzód zakładam szew kuśnierski z katgutu na otrzewnę, zachwytując gdzie jest większe napięcie i powięź. Następnie zakładam 5—6 węzełkowych szwów mocnych jedwabnych przez całą grubość ściany brzusznej, z wyjątkiem otrzewnej. Przez wzgląd na to, że nie jesteśmy w stanie zupełnie na pewno odkazić skóry, używam sposoku Fritscha przy zakładaniu tych szwów. t. j. nawłóczy się dwie igły na każdą nitkę i wybija się je od wewnątrz ku zewnątrz, żeby nie zaszczepić z górnych warstw prątków w głębsze i tak uniknąć ropienia w szwach.

W sposób powyżej opisany najczęściej wykonywaliśmy w naszej klinice wycięcia odźwiernika.

Co do sposobu Kochera, to nie mam doświadczenia. Teoretycznie rzecz biorąc, ma on tę zaletę, że unika słabego punktu, gdzie się schodzą szew zwężający i łączący. Za to ma tę wadę, że robi zupełnie nowy otwór w żołądku w celu wszczepienia dwunastnicy, a zamyka dawny otwór po wycięciu guza. Czy czasem i wszycie dwunastnicy w miejscu położonem bliżej wpustu *(cardia)*, a więc bardziej oddalonem, nie sprawia trudności, obawiać bysię trzeba. Kocher twierdzi, że tego nigdy nie doznał.

Sposób Billrotha, gdzie się guz wycina i zaszywa tak światło żołądka, jak i dwunastnicy, a dodaje się gastroenterostomię, zalecałby się bardzo w przypadkach, gdy chodzi o wielkie nowotwory. Wykonywa się jednak wtedy dwie wielkie operacye odrazu na chorym, zwykle bardzo osłabionym. Dlatego słusznie radzono, żeby cały zabieg podzielić i naprzód wykonać gastroenterostomię, a dopiero po kilkunastu dniach, gdy chory się nieco wzmocni, na nowo otworzyć jamę brzuszną i wyciąć odźwiernik z nowotworem. Racyonalnego tego co do zasady sposobu, przynajmniej u nas, nigdy nie zdołałem wykonać, gdyż nie udało nam się ani razu namówić chorego do drugiej doszczętnej operacyi, dopóki był czas, bo po gastroenterostomii ustawały zwykle dolegliwości tak dalece, że chory czuł się zdrowym.

Dlatego to opisałem [7]) przed rokiem drugi mój sposób wycięcia odźwiernika, którego używam wobec guzów wielkich rozmiarów i znaczniejszego osłabienia chorego. Zmieniłem w ostatnim czasie nieco porządek wykonywania poszczególnych aktów: naprzód robię enteroanastomozę, a później dopiero przecinam żołądek; zresztą pozostało wykonanie tak, jak to opisałem w „Przegl. lek.“ (l. c.).

Nie ulega wątpliwości, że wycięcie odźwiernika jest i pozostanie jedną z najtrudniejszych, — a przyznajemy — i najniebezpieczniejszych operacyi, ale względnie wielkie jej niebezpieczeństwo zależy w znacznej części od tego, że zbyt późno przystępujemy do tego rękoczynu na chorych już wycieńczonych, kachektycznych. To jest też jedną z głównych przyczyn, dlaczego tak rzadko widzimy po niej doszczętne wyleczenie raka; a przecież mimo to są przypadki znane bardzo długo trwającego wyleczenia.

Na zakończenie tego jubileuszowego wykładu podaję spis prac moich własnych i uczniów moich, dotyczących operacyi na żołądku:

L. Rydygier:

1. *a*) Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach. („Przegląd lekarski“ 1880).
1. *b*) To samo po niemiecku („Deut. Zeitschr. f. Chir.“ XIV tom).
2. Ueber Magenresection mit Demonstration v. Praeparaten. („v. Langenbeck's Arch.“ XXVI tom, 3 zeszyt)
3. *a*) Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia wskutek wrzodu. Wyzdrowienie. („Przegląd lekarski 1881, Nr. 50).

[7]) L. Rydygier: Drugi mój sposób wycinania żołądka. („Przegląd lek.“ i „Centr. f. Chir.“ 1904).

3. b) To samo po niemiecku („Berliner klinische Wochenschrift" 1882, Nr. 3).
4. a) O wycinaniu odźwiernika. Wykład kliniczny. („Przegląd lekar." 1882, Nr. 32—42)
4. b) To samo po niemiecku. („Volkmann's-Sammlung klin. Vorträge" Nr. 220).
5. Vorstellung einer Falles von geheilter Pylorusresection wegen Magengeschwür nebst Demonstration des Praeparates. („Langenbeck's Archiv" Bd. XXVIII, Heft 2).
6. a) Przypadek gastroenterostomii. („Przegl. lek." 1883, Nr. 15).
6. b) To samo po niemiecku („Centralbl. f. Chir." 1883, Nr. 16).
7. a) Pierwszy przypadek gastroenterostomii wobec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie. („Przegl. lek." 1884. Nr. 19).
7. b) To samo po niemiecku („Verhandlungen der Deut. Ges. f. Chir." 1884 i w „Centr. f. Chir." 1884, Nr. 23).
8. Demonstrationen von Magenresections-Präparaten. („Verhandlungen d. Dt. Gesellschaft f. Chir." 1884 i w „Centralbl. f. Chir." 1885, Nr. 24).
9. a) Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej. („Przegląd lekarski" 1885).
9. b) To samo po niemiecku. („Deut. Zeitsch. f. Chir." XXI Bd).
10. Zur Frage der Colongangrän nach Durchtrennung des Mesocolon bei Pylorusresection. („Centr. f. Chir." 1885, Nr. 13).
11. Demonstration eines vor $2^1/_2$ Jahren wegen Carcinoma pylori resecirten Magens, nebst einigen Bemerkungen in Betreff der Indication zur Laparotomie bei perforirtem Ulcus ventriculi. („Centr. f. Chir." 1887, Nr. 25).
12. a) Przypadek gastroenterostomii z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu Wspólnie z prof. Jaworskim. („Przegl. lek." 1889, Nr. 8 i 9).
12. b) To samo po niemiecku. („Deut. med. Woch." 1889, Nr. 14).
13. Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych. („Medycyna" 1888, T. XVI).
14. a) Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. („Przegl. lek." 1894).
14. b) To samo po niemiecku. („Wien. klinische Wochenschrift" 1894. Nr. 11, 12 i 13).
15. Przyczynek do techniki wycięcia odźwiernika. („Gazeta lekar." 1885, Nr. 39).
16. a) Mój najstarszy dotychczas żyjący przypadek wycięcia odźwiernika. („Przegl. lek." 1900).
16. b) To samo po niemiecku („Centr. f. Chir." 1900, Nr. 32).
17. a) Opérations sur l'estomac faites depuis 1880 jusqu'à ce jour. („XIII Congrès international de Médecine", Paris 2—9, Aout. 1900).
17. b) To samo po polsku. („Gaz. lek." 1901).
17. c) To samo po niemiecku. („Deut. Zeitsch. f. Chir." Bd LVIII).
18. Zur Geschichte der circulären Pylorectomie. („Deut. Zeitschr. f. Chir." Bd LX).
19. Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca? (Według odczytu na XII Zjeździe chirurgów polskich. „Medycyna" 1903).
20. Jak należy usunąć ewentualne zaciśnięcie poprzecznicy przez uniesioną pętlę przy gastroenterostomii sposobem Wölflera? („Medycyna" 1903).
21. a) Drugi mój sposób wycinania żołądka. („Przegląd lekarski" 1904. Nr. 46).
21. b) To samo po niemiecku. („Centr. f Chir." 1904, Nr. 46).

W. Wehr:

22. Zur Operationstechnik bei Pylorus-Resection. („Centr. f. Chir." 1881. Nr. 10).
23. a) O resekcyi odźwiernika. („Pamiętnik Towarz. lekar. warszaw." 1882, tom 78).
23. b) To samo po niemiecku. („Deut. Zeitsch. f. Chir." Bd. XVII).

M. W. Herman:

24. Eine dreiblättrige Klemme zur Gastroenterostomie. („Wien. klin. Wochenschr." 1904, Nr. 8).
25. Trójlistne kleszcze w zastosowaniu praktycznem. („Przegląd lekarski" 1904).

* * *

O obrzezaniu rytualnem.

Podał
Dr. J. Fels.

Część pierwsza
wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa lekar. lwowskiego d 27—X 1905 roku.

Początek i znaczenie obrzezania.

Obrzezanie, *circumcisio*, περιτομη, nazywa się po hebrajsku „milah". Powszechnie przez obrzezanie rozumiemy zwyczaj usunięcia narzędziem ostrem napletka męzkiego. Było ono prastarym zwyczajem ludów pogańskich i wykonywało je od niepamiętnych czasów wiele narodów Afryki i Azyi. Znajdujemy również obrzezanie u wielu szczepów Ameryki, Australii i na niektórych wyspach oceanu wielkiego i południowego. Do dnia dzisiejszego obrzezanie odbywają wszędzie żydzi, mahometanie, większa część ludów afrykańskich i australskich, jakoteż poniekąd szczepy amerykańskie, wogóle blizko 200 milionów ludzi. Największe jednak znaczenie otrzymało obrzezanie u żydów; ono też nas najbardziej zajmuje i dlatego główne nasze spostrzeżenia do niego odnosić się będą.

Początek i znaczenie obrzezania nie są zupełnie dokładnie wyjaśnione, gdyż w różnych czasach różnie je tłómaczono. Żydzi odnoszą początek obrzezania do praojca Abrahama, który na znak przymierza z Bogiem wiekuistym, jako pierwszy Hebrajczyk, dał się obrzezać. Biblia opowiada, że Bóg zawarł przymierze z Abrahamem i na znak tego przymierza nakazał obrzezanie. W księdze „Genesis", rozdział XVII, wiersz 9—14 brzmi: „I rzekł Bóg do Abrahama: Ty zaś przymierza mego przestrzegaj, ty i nasienie twoje po tobie w pokoleniach swoich. To jest przymierze moje, które zachowywać macie między mną i między wami i między nasieniem twojem po tobie: aby był obrzezany u was każdy mężczyzna. Obrzezać macie ciało waszych napletków i to będzie znakiem przymierza między mną i między wami. A syn po ośmiu dniach będzie obrzezany u was, każdy mężczyzna w pokoleniach waszych, tak w domu narodzony, jak i za pieniądze kupiony od jakiegokolwiek cudzoziemca, któryby nie był z plemienia twego. Obrzezany być musi urodzony w domu twoim i kupiony za pieniądze twoje, a będzie przymierze moje na ciele waszem jako przymierze wieczne. A mężczyzna nieobrzezany, któryby nie dał obrzezać ciała swego napletka, to niech będzie stracona dusza ta z ludu swego, albowiem złamał przymierze moje".

Jednak historya poucza nas, że obrzezanie jest znacznie starsze, że jeszcze przed Abrahamem Egipcyanie już dawno je wykonywali. I tak Herodot i Diodorus z Sycylii donoszą, że Egipcyanie, Etyopi i Kolchowie dokonywali obrzezania od czasów niepamiętnych i od nich to wzięli je Fenicyanie, Syryjczycy i Żydzi. Także historycy żydowscy Josefus Flavius i Filon opowiadają, że obrzezanie od dawna u Egipcyan było rozpowszechnione; prorok Jeremiasz mówi o Egipcyanach jako o obrzezanych (rozdział IX, w. 24 i 25), tak samo prorok Jecheskel (Ezechiel) o Faraonie (rozdział 31, w. 18 i rozdz. 32 w. 19). Ojciec kościoła Origines, sam w Egipcie urodzony, opowiada, że każdy, który pragnął być wtajemniczonym w wiedzę kapłanów egipskich, zwłaszcza w astrologię, geometryę i genesis (nauka o powstaniu świata), tak

samo, jak kapłani, musiał się dać obrzezać. I tak według Klemensa z Aleksandryi Pitagoras musiał się obrzezać, by mógł być dopuszczonym do tajemnic wiedzy kapłanów egipskich. Ojciec medycyny Hippokrates prawie nic nie podaje o obrzezaniu. Wreszcie głoszą opisy mumii egipskich, że znaleziono je obrzezane.

Wynika z tego wszystkiego, że obrzezanie wykonywali starzy Egipcyanie, którzy, jak wiadomo, są narodem o wiele starszym od Hebrajczyków. By zaś wyniki badań historycznych i podania biblijne ze sobą pogodzić, musimy przyjąć, że Abraham, który dopiero po swoim pobycie w Egipcie dał się obrzezać, przyjął ten obrzęd właśnie od Egipcyan i przeniósł go na swoje potomstwo, a mianowicie na Ismaelitów, jak i na Izraelitów. Również z tego szczegółu, że w Mezopotamii, pierwotnej siedzibie Abrahama i później w Kanaanie w Palestynie, gdzie on koczował, obrzezanie nie było znanem, wynika, że Abraham poznał obrzezanie dopiero w Egipcie. Także z przytoczonego miejsca biblijnego, w którem Abraham otrzymuje nakaz obrzezania bez żadnego objaśnienia tej operacyi, wynika pośrednio, że obrzezanie i jego wykonanie musiały być znane jeszcze przed czasami Abrahama; inaczej bowiem prosty rozkaz: „Obrzezajcie napletek waszego ciała“ byłby dlań zupełnie nie zrozumiałym. Według podania biblii (Genesis, rozdział XVII., wiersz 23—27) Abraham w jednym dniu dał obrzezać siebie i całą swą czeladź, która z wszystkimi niewolnikami i ich dziećmi stanowiła liczną gromadę. Kiedy Abraham jeszcze przed swojem obrzezaniem wyruszył przeciw Kadorlaomerowi, by uwolnić swego bratanka Lota, mógł on uzbroić 318 sług swoich (Genesis. rozdział XIV, w. 14). Obrzezanie więc tylu ludzi wymagało przecież kilku osób, obeznanych z tą operacyą. Dlatego Borheck[1]) twierdzi, że niewolnicy, których Abraham otrzymał w podarunku od Faraona (Genesis. rozdział XII. w. 16), obeznani dobrze z tą operacyą i jej korzyścią, ją Abrahamowi zalecali i też na nim, jego czeladzi i niewolnikach wykonali. Zapewne też i jego otoczenie dobrze znało tę operacyę, inaczej bowiem nie daliby się na oślep obrzezać, a może niejeden z nich był już obrzezany. Obrzezanie zjawia się w historyi Abrahama podobnie, jak tęcza w historyi Noego, która przecież musiała istnieć jeszcze przed potopem, skoro było słońce i chmury i ludzie, którzy ją widzieć mogli, pomimo, że biblia podaje, że pierwsze jej zjawienie się było po potopie jako znak przymierza Boga z ludźmi, że nigdy więcej potopu nie będzie[2]).

Zatem początek obrzędu obrzezania przedstawia się nam w sposób następujący: Pierwotnie istnieje ono u ludów środkowej Afryki i w Etyopii. Jak wiadomo z historyi, ci zajęli potem Egipt i stali się panami tego kraju, zatrzymując oczywiście zwyczaj obrzezania w swej nowej ojczyźnie. Z Egiptu zaś rozpowszechniło się obrzezanie na starożytny świat kulturalny i dostało się w ten sposób do Fenicyi, Syryi, Palestyny, Arabii i innych krajów. W Egipcie też obrzezanie na wszystkie czasy stało się zwyczajem powszechnym i do ostatnich czasów wykonywali je Koptowie chrześcijańscy w Egipcie i Abisynii, dopełniając obrzezania chłopców przy chrzcie czterdziestego dnia po urodzeniu, lub też w dziesiątym roku życia i później. Tak też król abisyński Klaudyusz w swem wyznaniu chrześciańskiem z roku 1555 oświadcza wyraźnie: „Nasze obrzezanie nie jest symbolem religijnym, jak u żydów, lecz tylko obyczajem krajowym, podobnie jak nacięcia na twarzy u innych Etyopów i Nubejczyków, jak przekłucia uszu u Hindusów“. Obrzezanie więc powstało w czasach barbarzyńskich, podobnie jak inne tego rodzaju zabiegi u szczepów dzikich, np. przekłuwanie nosa, warg, policzków, jak nacięcia i nakłucia skóry, jak wyłamywanie dwu zębów przednich u innych, albo wyciąganie przekłutych płatków usznych, uciskanie głowy noworodków między dwoma deszczułkami w celu nadania rzekomo pięknego kształtu i t. d. Dlatego też obrzezanie odbywało się pierwotnie narzędziami kamiennemi[3]).

O wiele zawilsze, niż dociekanie początku obrzezania, są różne tłómaczenia o znaczeniu i powstaniu obrzezania rytualnego; niema chyba obrzędu religijnego, któregoby tak różnie niepojmowano, jak właśnie obrzezania i rzec można, że każdorazowy duch czasu i kierunek badań naukowych nadawały obrzezaniu inne tłómaczenie. W następującem zestawieniu pragnę tylko krótko omówić najważniejsze zdania o znaczeniu obrzezania, a mianowicie 1) znaczenie wojenne; 2) pojmowanie jako zastępstwo starohebrajskich ofiar ludzkich; 3) znaczenie zabobonne, jako środka do przebłagania złych duchów i demonów; 4) znaczenie społeczne, jako środka rozmnażającego; 5) znaczenie biblijne, jako znak przymierza i symboliczne, jako święcenie religijne; 6) znaczenie narodowe i obywatelskie i 7) znaczenie zapobiegawczo-higieniczne.

1. Nasamprzód z różnych stron podnoszono znaczenie wojenne obrzezania. Obrzezanie, tak mówili niektórzy, było pierwotnie odznaką niektórych kast egipskich, a zwłaszcza kasty wojennej, później i kapłańskiej. To też nietylko u Egipcyan, lecz także u Izraelitów obrzezanie było pierwotnie odznaczeniem wojowników, co wynika z księgi Jozuy, rozdział V, wiersz 2—9, gdzie wódz Jozua przed zajęciem kraju obiecanego obrzeza synów Izraela: „Onegoż czasu rzekł Pan do Jozuy: Uczyń sobie noże ostre i znowu obrzeź synów Izraela powtóre. I uczynił sobie Jozua noże ostre i obrzezał synów Izraela na pagórku Araloth (napletków). To zaś jest przyczyną, dlaczego Jozua ich obrzezał: Cały naród płci męskiej, który wyszedł z Egiptu, wszyscy mężowie wojenni pomarli w pustyni, w drodze z Egiptu. Bo obrzezany był cały naród, który wywędrował, zaś cały naród urodzony w pustyni, w drodze wędrówki z Egiptu, nie był obrzezany. Albowiem czterdzieści lat wędrowali synowie Izraela w pustyni, aż poginął cały lud mężów wojennych, którzy byli wyszli z Egiptu i nie słuchali głosu Pańskiego i którym przysiągł Pan, iż im nie chce pokazać ziemi, którą przysiągł Jehowa ojcom ich, że nam da kraj opływający mlekiem i miodem. Zaś synów ich, którzy nastąpili na ich miejsce, obrzezał Jozua, bo byli nieobrzezani, gdyż nie obrzezano ich w drodze. I kiedy cały lud był już obrzezany, zostali na miejscu w obozie, aż wyzdrowieli. I rzekł Pan do Jozuy: „Dzisiaj zdjąłem z was hańbę egipską i miejsce to nazwano „Gilgal“ (zdjęcie) do dnia tegoż“.

[1]) Borheck: Ist die Beschneidung ursprünglich hebräisch. Duisburg und Lemgo 1793, cytowane według Friedreicha.

[2]) Dr. v. Autenrieth: Abhandlung über den Ursprung der Beschneidung. Tübingen 1829, str. 45.

[3]) Autenrieth: l. c. str. 46.

Hańbę egipską ma znaczyć, że w Egipcie było hańbą dla wojowników być nieobrzezanymi, bo tam tylko lud prosty był nieobrzezanym. Ważnem jest też, powiada Autenrieth[4]), że przy tem obrzezaniu Izraelitów nie wspomina się ani kapłanów, ani przymierza z Bogiem, lecz dwa razy, w wierszu 4 i 6 mężów wojennych.

Inni znowu powiadają: ponieważ u obrzezanych ludów starożytnych, a tak samo u Egipcyan, odcięto pojmanym i zabitym napletki, co było trofeami zwycięstwa, dlatego i Izraelici się obrzezali, by ujść w ten sposób zhańbieniu podczas wojny. Zwyczaj brania napletków zabitych nieprzyjaciół jako trofee znajdujemy także później u Izraelitów, (Samuel, księga I, rozdział 18, wiersz 25—27), gdzie król Saul obiecuje Dawidowi swą córkę Michał za żonę pod warunkiem, że zabije dwustu Filistrów. Dawid spełnia ten warunek i jako znaki zwycięstwa przynosi Saulowi napletki[5]) dwustu Filistrów. Wreszcie u wielu ludów starożytnych panował zwyczaj wycinania części płciowych nieprzyjaciołom zwyciężonym i dlatego obrzezano własnych wojowników, by nie nadużywano i ich części płciowych za znaki zwycięstwa. Zwyczaj ten spotykamy jeszcze do niedawna u narodów dzikich i widział to jeszcze anglik Salt w roku 1805 u Abisyńczyków[6]). Zwyczaj wycinania nieprzyjaciołom części płciowych przypomina starych Scytów i dzikie szczepy Ameryki północnej, którzy skalpowali nieprzyjaciół i zabierali skórę z głowy jako trofee. Podobnie jeszcze Turcy na początku zeszłego stulecia odcinali głowy zabitych nieprzyjaciół; negrzy Aszanti przytwierdzali ich żuchwę do bębna wojennego. Znaczenie wojenne obrzezania wynika wreszcie z tego, że wiele szczepów obrzeza swych synów dopiero wtedy, kiedy stają się zdatni do walczenia.

(C. d. n.)

[4]) Autenrieth: l. c. 30.

[5]) Twierdzą niektórzy, że tu przez „orlos“ należy rozumieć nie same napletki, lecz całe członki.

[6]) Autenrieth: l. c. str. 35.

Zapiski lecznicze z kliniki lekarskiej Uniw. Jag.

Przemysł chemiczny i aptekarski każdego dnia przynosi lekarzowi nowe środki i sposoby lecznicze. Codziennie zarzuca go poczta stosem bądź ćwiartkowych, bądź arkuszowych reklam terapeutycznych. Trudno znaleźć dość czasu na przeczytanie samozachwalań tych fabrykatów, nasyłanych przez producentów i lekarzy, związanych często z sobą w rozmaitych celach ubocznych. Reklama ta, głoszona nadto w sążnistych inseratach nawet dzienników lekarskich, których wiele zawdzięcza swój byt jedynie popieraniu marnych „specyfików“, — obliczoną jest na łatwowierność lekarza praktyka, aby podał pośrednio rękę do wzbogacenia przemysłu fabrycznego kosztem zdrowia i kieszeni swych pacyentów, a często bardzo i kosztem utraty swej reputacyi lekarskiej. Nie do pozazdroszczenia jest położenie lekarza, który, łaknąc nowości terapeutycznych, pójdzie na lep reklamy i zastosuje środek zachwalony, a klinicznie jeszcze nie wypróbowany. Zamiast oczekiwanego wyniku spotka go zawód. Wszak tuberkulina, zachwalona w swoim czasie, jako lek działający z matematyczną ścisłością, przez tak wytrawnego badacza jak R. Koch, okazała się przy krytycznem zbadaniu klinicznem środkiem zupełnie niepewnym. To też nowe leki wiodą krótki żywot. Zwykle już po jednorocznym bycie przechodzą w zasłużoną niepamięć, a na ich miejsce pojawia się cała rzesza „najnowszych środków“, dla których już w języku lekarskim brak nawet nazwy należytej. Ukuta zaś na prędce w sposób barbarzyński, razi ucho i obarcza niepotrzebnie pamięć lekarza. W tych warunkach znajduje się praktyk obecnie w kłopotliwem położeniu. Sążniste broszury, nasyłane przez fabryki i apteki, podnosząc znakomite wyniki lecznicze, zachęcają go do stosowania leku. Aby nie zostać w błąd wprowadzonym, potrzeba znów przeczytać rozwałkowane bez potrzeby spostrzeżenia kliniczne, krytykujące działanie leku. Dopiero po kilkunastogodzinnem wczytaniu się w piśmiennictwo, dowie się lekarz, że lek wcale tak nie działa, jak go zachwalono, a nawet, że okazał się szkodliwym.

Z powyżej przytoczonych powodów zamierzam wraz z moimi współpracownikami klinicznymi ogłaszać w tem czasopiśmie w odstępach kilkumiesięcznych do użytku kolegów praktyków zamiast rozwlekłych rozpraw, — tylko treściwe bezstronne wyniki, jakie otrzymamy ze zastosowania rozmaitych reklamowanych leków w klinice lekarskiej U. J. Uwzględniać będziemy nietylko leki „najnowsze“, ale i takie z dawniejszych, których skuteczność jest jeszcze sporną. Przy opisie leku znajdować się będzie jego skład, własności chemiczne, cena, sposób stosowania, otrzymane wyniki i wartość dla praktyki lekarskiej.

Te ogłoszenia uważamy jeszcze i z tego powodu za wskazane, że kliniki na to istnieją, aby nietylko kształciły uczniów na lekarzy, ale przyczyniały się także do dalszego ich kształcenia podczas wykonywania pracy zawodowej i przez to utrzymywały łączność z dawnymi swoimi wychowankami, pracującymi praktycznie dla dobra społecznego. Na żadne instytucye naukowe nie łoży społeczeństwo tak wielkich sum, jak na kliniki uniwersyteckie; to też spodziewać się słusznie musi, że mu też przyniosą stosowne korzyści praktyczne. Do takich należy między innemi i zapobieżenie, aby nasz kraj nie był wyzyskiwany przez zakupywanie bezwartościowych środków leczniczych, wyrabianych w fabrykach zagranicznych, które dla zbytu swego towaru za granicę dostają często umyślne poświadczenia pochwalne. Nie możemy jednak Szan. Kolegom obiecywać, abyśmy nasze zamiary w całym zakresie spełnili, gdyż środki materyalne zakładu, brak odpowiednich przypadków chorobowych, ograniczają nasze zadanie i prace, które jednak przez inne polskie zakłady mogłyby być uzupełnione.

Na początek niniejszych „Zapisków“ umieścimy niektóre środki lecznicze, stosowane w klinice w r. 1904 i 1905. W latach tych praca kliniczna nie szła prawidłowo, gdyż były to czasy ciężkiej choroby nieodżałowanego Nauczyciela i Kierownika zakładu, ś. p. prof. Edwarda Korczyńskiego, co z łatwo zrozumiałych powodów bardzo ujemnie wpływało na wydajność prac wszystkich współpracowników. Po zestawieniu wyników z podawania leków w ostatnich dwóch latach okazało się, że wiele z nich było stosowanych równocześnie i w innych zakładach, jak w klinice lekarskiej lwowskiej. Nasze spostrzeżenia będą ich potwierdzeniem, a przez to dodadzą Kolegom i byłym uczniom kliniki krakowskiej więcej pewności w stosowaniu ich w praktyce prywatnej. *Prof. Walery Jaworski.*

1) **Hontyna jako środek przeciwbiegunkowy.** Hontyna *(honthinum)* jest to przetwór garbnikowy, wytworzony przez chemika dr. Sztankaya, a fabrykowany na większą skalę przez firmę Hella i Skę w Opawie. Ze stanowiska chemicznego ten nowy przetwór jest keratynowanym garbnikanem białka, a ma posiadać tę wyższość nad pokrewną mu tannalbiną, że w soku żołądkowym jest trudniej od tannalbiny rozpuszczalnym, skutkiem czego większa jego ilość w stanie nierozpuszczonym, t. j. leczniczo podziałać mogącym, do jelita przechodzi. Przedstawia się jako proszek szaro-brunatny, bez smaku i woni, w wodzie nierozpuszczalny, rozpuszczalny natomiast częściowo w wyskoku i roztworach alkalicznych, dający z solami żelazawemi niebiesko-czarne zabarwienie. Podawany wewnętrznie bywa

dobrze znoszony, nawet w dawkach aż do 10·0 dziennie i ma nie wywoływać ubocznych nieprzyjemnych przypadłości. Dawka dla dorosłych 1—2.0, 5—6 razy dziennie; dla dzieci 0.5—1.0 jużto w proszkach podzielonych, już też co lepiej *in scatula*, kilka razy dziennie na koniec noża; cena 10 grm 1,20 K. Zalecony jako środek przeciwbiegunkowy i ściągający (*adstringens*) kiszkowy we wszelkich postaciach biegunek przez Kölbla, Reichelta, Tisona, Goldmanna i innych, był podawany w bieżącem półroczu w klinice lek. krak. u 5 chorych gruźliczych, cierpiących na biegunki jużto nieżytowe, jużto gruźlicze. Objawów ubocznych, jak nudności, wymiotów, odbijań, uczucia ucisku lub gorąca w żołądku, albo innych jakichś przykrych przypadłości nie spostrzegaliśmy ani razu. W przypadkach lżejszych nieżytowych wynik po małych nawet dawkach (0·5, 3—4 razy dz.) bywał pomyślny, stolce stawały się mniej częste, a zbitość ich rosła; w przypadkach cięższych, powikłanych owrzodzeniami, wynik bywał mniej pomyślny, choć dawki były większe; biegunka czasem ustępowała, czasem trwała dalej tak, że trzeba się było uciekać i do innych leków, a wzg. makowca. Wogóle wyniki nasze, jakkolwiek na skąpym materyale oparte, pozwalają nam już teraz na ten sąd, który — sądzimy — potwierdzi dalsze spostrzeganie, że hontyna jest środkiem zupełnie równorzędnej wartości z tannalbiną.

2) **Cytaryna** *(citarinum)*, **lek przeciwdnawy.** Jest to sól sodowa kwasu anhidrometylenocytrynowego, wytwór kondenzacyi formaldehydu z kw. cytrynowym; jest proszkiem białym, ziarnistym, nieco higroskopijnym, w wodzie zimnej łatwo rozpuszczalnym (1:1.5), smaku słabo kwaśnego; przy ogrzaniu odszczepia formaldehyd i dlatego rozczyny winny być sporządzane na zimno. Wytworzona syntetycznie przez „Farbenfabriken vorm. Bayer u. Co. Elberfeld“, zaleconą została przez Leibholza z Berlina w r. 1903 jako środek przeciwdnawy na tej zasadzie, że związki kw. moczowego z formaldehydem są bez porównania łatwiej rozpuszczalne, niż kw. moczowy sam, a powiązany z nim cytrynian sodowy, spalając się na węglan, podnosi zasadowość krwi i jej zdolność utrzymywania kw. moczowego w rozczynie. Wskazanie główne do stosowania cytaryny stanowi dna *(arthritis urica)* i to przedewszystkiem jej postać ostra, jak i zaostrzenia przewlekłej. Ma działać doskonale jako środek objawowy, kojący bole, jeżeli się podaje ją w dawkach dużych i to zaraz przy pierwszych oznakach grożącego napadu. Pojedyncza dawka wynosi 2.0, a podaje się ją pierwszego dnia 5-krotnie, w następnych dniach 4, 3 i 2-krotnie (*in charta cerata* lub w kołaczykach). W naszych 3 przypadkach dny przewlekłej, połączonej z silnymi bólami, które mieliśmy sposobność spostrzegać, nieprzyjemnych objawów ubocznych, nawet opisywanej biegunki, nie mieliśmy ani razu; skutek zaś objawowo-łagodzący był zawsze, i to prawie natychmiastowy. Na tej zasadzie możemy polecić cytarynę jako środek, być może niezawsze tak pewnie i szybko działający, ale w każdym razie godny dalszych prób.

3) **Eumidryna** *(eumydrinum)* **(jako środek przeciwpotny)** jest azotanem atropino-metylowym; farmakologicznie tem się ma różnić od innych alkaloidów z gromady tropeinów, że nie posiada wpływu drażniącego na układ nerwowy ośrodkowy, zatrzymuje atoli swoje działanie porażające na narządy obwodowe, jak źrenica, gładkie włókna mięsne, nerwy wydzielnicze gruczołów i t. d. Z powodu tej obniżonej jadowitości zaleconą została przez Erbego z kliniki Ziemssena, u nas przez Engländera z oddziału prym. dr. Krokiewicza — w miejsce atropiny tam, gdzie zamiarem naszym jest wpłynąć na pewne obwodowe narządy, jak w pewnych chorobach serca, duszności oskrzelowej, kolce jelitowej, potach suchotników i t. d. Eumidryna jest proszkiem białym, krystalicznym, bezwonnym, na powietrzu nie zmieniającym się, który w wodzie i wyskoku łatwo się rozpuszcza. Dawka jednorazowa 0·001—0·0025 może być w razie potrzeby podniesioną jeszcze wyżej. Stosowana w klinice lekarskiej jako środek przeciwpotny w kilkunastu przypadkach potów rozpływnych u suchotników w ostatnim okresie choroby w dawce 0·001 nie zadawalniała; skutek był niewielki i nietrwały. Z podawaniem jej w dawce 0·0025 czynimy dalsze próby i dlatego z orzeczeniem o wartości tego środka wstrzymujemy się na razie.

4) **Weronal** *(veronalum)* **(jako środek przeciwpotny)** jest związkiem mocznika z kw. dwuetylomalonowym; wprowadzony został do terapii w r. 1903 przez Fischera i Meringa jako środek nasenny i uspokajający *(hypnoticum, sedativum)*; doczekał się już rozległych ocen i opisów, oraz uznania w świecie lekarskim, a u nas pisał o nim dr. Pisarski z oddziału chorób wewnętrznych prof. dr. Pareńskiego. Średnia dawka wynosi 0,5—0·75—1·0 w opłatku lub co lepiej w gorącej herbacie lub wodzie, a cena niezbyt wygórowana: 1 grm = 48 h.

W klinice lekarskiej stosowanym był roku zeszłego na większym materyale (15 przypadków gruźlicy płuc) nietylko jako środek nasenny, ale równocześnie jako i przeciwpotny *(antihydroticum)*. I nie można powiedzieć, żebyśmy z wyników tych byli niezadowoleni. W dawce 0.30, podany wieczorem, obniżał, a nawet niezbyt obfite poty znosił u chorych gruźliczych; przy potach rozpływnych dawkę podnosiliśmy do 0·50. Działanie to przeciwpotne nie zawsze występowało i nie zawsze było trwałem; w większości atoli przypadków pewien wpływ osuszający skórę dawał się stwierdzić. A że spełniał on równocześnie i zadanie nasenne, więc z tego względu był on dla nas podwójnie cennym.

Dr St. Szurek.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Schmidt **Nowe spostrzeżenia nad wyjaśnieniem i racyonalnem leczeniem przewlekłego nawykowego zaparcia stolca.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 41, 1905). Opierając się na licznych swoich własnych i Strassburgera badaniach, które wykazują, że kał u osób z nawykowem zaparciem stolca zawiera znacznie mniejsze ilości nietylko wody, ale i substancyi stałych i drobnoustrojów ($^2/_3$ spotykanych w warunkach prawidłowych), a przy badaniu drobnowidowem wykazuje zaledwie ślady niestrawionych resztek pokarmowych, przychodzi Schmidt do przekonania, że przyczyną przewlekłego zaparcia stolca jest dokładne zużytkowanie i wessanie się pokarmów w jelitach, skutkiem czego powstaje zbyt twardy stolec w skąpej ilości; ponieważ pozostaje za mało niestrawionych resztek pokarmowych, rozwija się niewiele drobnoustrojów, a przetwory rozkładowe (gazy i wyższe kwasy tłuszczowe) nie wytwarzają się w dostatecznej ilości, aby mogły pobudzić jelito grube do ruchu robaczkowego. Doświadczenie poucza, że nawet odpowiednio dobrana dyeta (chleb żytni, sałaty, owoce i t. d.) nie zawsze odnosi pożądane skutki, gdyż wszystkie trudniej strawne pokarmy bywają tutaj dokładnie zużytkowane i wessane; mogą one wprawdzie sprawiać, że stolec staje się obfitszym, ale równocześnie nie staje się on miększym i wodnistszym — o co właśnie tutaj idzie, — jeżeli oddawanie stolca ma się odbywać z łatwością. Środkiem takim, który spełnia oba warunki (większa objętość i większy zapas wody w stolcu), a równocześnie nie działającym zupełnie drażniąco i szkodliwie, — jest używany w bakteryologii agar-agar (*gelatina japonica Tientjan*). Jak wiadomo, składa się ona głównie z łatwo pęczniejącej gelozy (pararabiny), a w stanie napęczniałym nie łatwo zwraca pobraną wodę nawet pod wpływem gnicia, któremu zresztą długo się opiera. Zeskrobane i drobno posiekane włókna agaru pęcznieją już w ustach, jeszcze więcej w żołądku i jelitach; w podobnym stanie niestrawione odchodzą stolcem, który skutkiem tego staje się wodnistym i miększym. Nawet po użyciu większych ilości agaru (do 25 grm. dziennie) nie daje się zauważyć objawów zadrażnienia jelit; tylko wtedy, jeżeli się podaje w postaci drobno sproszkowanej, w następstwie pojawiają się czasem bole brzucha i biegunki, jako skutek prawdopodobnie zbyt szybkiego i silnego pęcznienia. Obok czystego agaru używa autor jeszcze agaru z dodatkiem małej ilości wodnego wyciągu kaskary, który pod nazwą „regulin“ wyrabia chemiczna fabryka w Helfenbergu. Środek ten bez smaku zażywają

chorzy chętnie, nawet dzieci, najlepiej w kompocie lub marmoladzie z jabłek, lub też zarobiony z ziemniaczkami w ilości 1—2 łyżeczek, t. j. $1^1/_2$—8 grm. codzień. W podobny zupełnie sposób, co czysty agar, działa także parafina płynna w ilości do 30 grm. dziennie. Przy używaniu jej stolec staje się również znacznie wolniejszy, a pod drobnowidem zawiera liczne kulki parafiny. Aby spotęgować jej działanie, dodaje się do niej podobnie małe ilości (do 10 prc.) wyciągu wodnego kaskary; mieszaninę taką w kapsułkach żelatynowych 8 gramowych wyrabia taż sama fabryka w Helfenbergu pod nazwą „pararegulin". Działa on słabiej, aniżeli regulin, a to z tego powodu, że nie łatwo daje się go stosować w dostatecznie wielkiej ilości; 6—8 kapsułek dziennie, jakkolwiek zupełnie bez smaku, wywołuje czasem jednak po pewnym czasie u chorych odrazę. Natomiast z wielką korzyścią stosować można obok agaru, względnie regulinu, dla wzmocnienia ich działania, pararegulin w ilości 2—3 kapsułek. *Wilczyński.*

Blanck. **Doświadczenia nad cukrzycą nerkową.** (*Medizinische Klinik* Nr. 45, 1905). Autor robił doświadczenia nad cukrzycą, wywołaną zatruciem solami chromowemi (chromianami) i solami urowemi. Przy zatruciu temi substancyami występuje cukier w moczu, co już przed 50 laty wykazano. Autor jednak udowodnił, że we wspomnianych zatruciach ilość cukru we krwi się nie zwiększa, a jakość pokarmów nie wpływa wcale na ilość wydzielanego cukru. Na tej podstawie autor uważa ten rodzaj cukrzycy za cukrzycę nerkową, za czem obok braku hiperglikemii przemawiają zmiany miąższowe w nerkach. Posiadalibyśmy zatem cztery ciała, wywołujące cukrzycę nerkową; sposób ich działania jest jednak różny. Florydzyna pobudza nerki do czynnego wydzielania cukru; przy chromie i uranie sączek (filtr) nerkowy jest uszkodzony, stąd przy prawidłowej ilości cukru we krwi, cukier przechodzi do moczu. W zatruciu kantarydyną ilość cukru we krwi zwiększa się nieco, a ten czynnik usposabia wobec uszkodzonego miąższu nerki do wydzielania cukru drogą moczu. Ta ostatnia postać nie jest jednak czystą formą cukrzycy nerkowej, skoro jej towarzyszy hiperglikemia. *Mostowski.*

Engel. **Znaczenie refraktometrycznego oznaczania białka dla różniczkowego rozpoznania płynów zapalnych i przesączynowych.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 43, 1905). Autor zaleca do użytku klinicznego refraktometr Abbégo. Przez oznaczenie współczynnika załamania płynu, wydobytego z jamy ciała, można z większą dokładnością i przy użyciu mniejszej ilości materyału stwierdzić, czy mamy do czynienia z płynem zapalnym, czy ze zwykłą przesączyną. Zaletę tej metody, podanej zresztą już poprzednio przez Strubella, stanowi według autora większa dokładność. Najniższy współczynnik załamania płynów przesączynowych wynosi 1,3348, najwyższy współczynnik załamania wysięków jest 1,3472. Różnica tych liczb, czyli miara dokładności metody wynosi 124 jednostek, podczas gdy na areometrze najwyższa różnica w ciężarze gatunkowym wynosi 25 jednostek (1005—1030). Współczynnik załamania jest ściśle proporcyonalnym do ilości białka, o której oznaczanie chodzi w tym wypadku; o ciężarze gatunkowym nie można tego powiedzieć. Na ciężar gatunkowy wpływa ilość składników morfotycznych, niema natomiast wpływu na współczynnik załamania. Dla oznaczenia wreszcie współczynnika załamania potrzeba tylko jednej kropli badanego płynu. Autor potwierdził dalej znany fakt, że ilość białka, wydzielonego w wysięku, jest zależną od ilości białka, w surowicy krwi się znajdującego, i stosunek ten jest tak samo stały, jak między ilością białka w przesączynie i surowicy krwi. Czasem należy zatem oznaczyć refraktometrem ilość białka surowiczego we krwi; gdy tu jest ilość mała, a ilość białka w płynie n. p. z jamy brzusznej jest także tak mała, że możnaby wziąć ów płyn za przesączynę, wówczas wykazanie małej ilości białka w surowicy krwi rozstrzyga, że płyn z jamy brzusznej mimo małej ilości białka jest pochodzenia zapalnego. Przy bardzo małej ilości białka w płynie badanym metoda ta staje się mniej dokładną, gdyż na współczynnik załamania działają wówczas silniej inne ciała, zawarte w płynie badanym, a także fakt, że mogą w płynach surowiczych występować w bardzo zmiennej ilości różne białka o różnym współczynniku załamania, utrudnia ścisłe rozpoznanie charakteru płynu. Zbadanie jednak współczynnika załamania przed i po strąceniu białka z rozczynu usuwa wszelkie trudności, gdyż pozwala bezpośrednio oznaczyć ilość białka w tym płynie zawartą, z dokładnością wystarczającą dla kliniki. *Mostowski.*

Van Calcar. **O dyalizie i niektórych jej zastosowaniach.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 43, 1905). Autor starał się rozświetlić, dlaczego badanie nad przenikaniem lub nieprzenikaniem przez błony zwierzęce pewnych ciał, stojących na granicy krystaloidów i koloidów, doprowadza do tak różnych wyników. Według jednych trucizny bakteryi przechodzą przez błony zwierzęce łatwo, według innych bardzo trudno. Różnicę tych wyników autor odnosi do materyału, z którego utworzoną jest błona, a i przy jednolitym materyale występują różnice zależnie od gatunku zwierzęcia, a nawet od jego wieku i od sposobu sporządzania błony. Autor wykazał dawniej, że toksynę błoniczą można oddzielić od toksonów przez poddanie dyalizie przez odpowiednio przyrządzoną ludzką błonę owodną (*amnios*). W pracy referowanej podaje autor sposób sporządzania bezgnilnego takiej błony i streszcza wyniki dalszych badań nad dyalizą. Dyalizę można przyspieszyć przez zwiększenie napięcia błony, co łatwo stwierdzić przyrządem Töplera, przez który można spostrzegać występowanie znanych drobnych cząstek drobinowych w płynie, względem którego dyalizujemy, w chwili, gdy napięcie błony doszło do pewnej granicy. Przyspieszyć można także dyalizę, gdy dany rozczyn soli dyalizujemy nie względem wody przekroplonej, ale względem rozczynu innych soli, i to najszybciej, gdy dyalizujemy względem ciał o wyraźnem powinowactwie chemicznem do ciała dyalizowanego. Sól kuchenna najszybciej dyalizuje względem rozczynu azotanu srebra, jad błoniczy najszybciej, gdy go dyalizujemy względem surowicy przeciwbłoniczej, czyli że oba ostatnie ciała mają do siebie chemiczne powinowactwo. Dla rozczynów soli można przez oznaczanie natężenia prądu elektrycznego, potrzebnego do przeszkodzenia powstawaniu strątów w płynie dyalizowanym lub poddanym dyalizie oznaczyć ilościowo stopień przyciągania drobinowego obu płynów, które to międzycząsteczkowe przyciąganie się sprowadza przyśpieszenie dyalizy. Poza tym ostatnim wpływem dyaliza jest zależną tylko od ilości i wielkości porów danej błony, czyli od materyału błony. *Mostowski.*

PEDYATRYA. Marfan. **Chronienie dziecka przed gruźlicą.** (*Revue mens. des mal. de l'enf.* 1905, październik). Jeżeli dziecko nie mieszka z osobami gruźliczemi, ochrona polega: 1) na zapobieganiu zakażeniu przez mleko, podawanie mleka pasteryzowanego, lub przegotowanego; 2) na zapobieganiu zakażenia plwocinami w czasie, kiedy dziecko przebywa poza domem: unikanie zetknięcia z osobami podejrzanemi co do gruźlicy, niepozwalanie na całowanie dziecka przez obce osoby, zakaz bawienia się ziemią lub piaskiem w miejscach publicznych, odzwyczajanie od wkładania palców do ust lub nosa, dokładne mycie rąk po każdej przechadzce; 3) na zapobieganiu zakażeniu przy zmianie mieszkania: odkażenie nowego mieszkania. Jeżeli dziecko mieszka z kimś gruźliczym, a osoby gruźliczej usunąć nie można, ochrona staje się bardzo trudna mianowicie, jeżeli chodzi o gruźlicę otwartą. Przepisy byłyby następujące: 1) dla zapobieżenia zakażeniu bezpośredniemu osoba dotknięta gruźlicą ograniczy jak najbardziej stosunki z dzieckiem: przebywanie w innym pokoju, mianowicie w nocy, powstrzymanie się od całowania, zabaw wspólnych. Dla zapobieżenia zakażeniu drobnemi kropelkami wydzieliny, dostającemi się do powietrza przy kaszlu, kichaniu, głośnem mówieniu, osoba gruźlicza powinna trzymać chustkę przed ustami przy kaszlu i kichaniu, a mówić cicho i w pewnej odległości od dziecka; powinna przepłókiwać sobie jamę ustną płynem przeciwgnilnym i często myć ręce. 2) Dla zapobieżenia zakażeniu pośredniemu: odpluwanie tylko do spluwaczek z płynem antyseptycznym, używanie osobnych narzędzi stołowych, odkażanie ich przez zagotowanie. 3) Celem unikania robienia pyłu: czyszczenie podłóg nie przez zamiatanie, lecz przez wycieranie ścierką wilgotną, zmaczaną w rozczynie sublimatu (1·0 i 4·0 kwasu winnego na wiadro wody), co pewien czas przeprowadzane odkażenie mieszkania, wystawianie mieszkania na jak najenergiczniejsze działanie słońca. Do tego dodać należy w każdym przypadku ogólne przepisy higieniczne. U dzieci obciążonych przebywanie jak najdłuższe nad brzegiem morza, w górach, lub choćby na wsi. *L.*

Hamburger. **Biologiczne badania nad trawieniem mleka u osesków.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, październik, 1905). Surowica królika, któremu wstrzykiwano innogatunkowe rozczyny białka podskórnie, daje z rozczynami białkowymi tego drugiego gatunku i to bez względu na ich pochodzenie, strąty. Tłomaczy się to obecnością swoiście działających precypityn. To zjawisko może służyć do wykazania na drodze biologicznej obecności istot białkowatych pewnego gatunku. Autor zastosował to do stwierdzenia, gdzie w przewodzie pokarmowym oseska rozłożonym zostaje sernik. Wyniki są następujące: U dzieci, żywionych sztucznie, sernika krowiego nie można stwierdzić w stolcach; w żołądku do-tajemy biologiczne oddziaływanie tylko tak długo, dopóki się nie ukaże wolny kwas solny. U dzieci przy piersi stolce z surowicą strącającą białka ludzkie dają strąt, co należy jednak odnieść nie do obecności sernika kobiecego, lecz do przymieszki białka z wydzielinami kiszek, gdyż i stolce dzieci żywionych sztucznie dają ten odczyn, a pokarm kobiecy w żołądku na końcu trawienia żołądkowego odczyn ten traci.

Lewkowicz.

Moro. **Doświadczenie Schottelinsa na zwierzęciu zimnokrwistem.** (*Jahrbuch f. Kinderh.* tom 62, paźdz., 1905). Chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy możliwem jest życie i prawidłowy rozwój bez udziału flory bakteryjnej przewodu pokarmowego? Na pytanie starano się odpowiedzieć otrzymaniem zwierząt aseptycznych: kurcząt (Nuttall i Thierfelder, Schottelius), larw żaby (Miecznikow). Odpowiedź wypadła pozornie twierdząco w doświadczeniach Nuttalla i Thierfeldera, przecząco w doświadczeniach Schotteliusa i Miecznikowa. Technika doświadczeń pozostawiała wiele do życzenia. Autor wykonał doświadczenie 35-dniowe z larwami pewnego gatunku ropuchy (*pelobates fuscus*). Hodował on te larwy równolegle w dwóch naczyniach wśród warunków zupełnie równych, z tą jedną różnicą, że w jednem naczyniu zupełnie jałowo, w drugiem jałowo aż do wylęgnięcia, poczem wodę naczynia zakażał stolcami dojrzałej ropuchy. Zwierzątka zakażone rozwijały się zupełnie prawidłowo i były bardzo ruchliwe, jałowe rozwijały się słabo: ich ciężar był trzy razy mniejszy, a długość ciała dwa razy; były przytem bardzo ociężałe. Autor wnioskuje, że bakteryom przewodu pokarmowego musimy przyznać ważną rolę w odżywianiu, chociaż na razie nie możemy skreślić ściślej, na czem ta rola polega.

Lewkowicz.

Bokay. **Moje nowe doświadczenia nad Moserowską wielowartościową surowicą przy płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Autor zestawia dotychczasowe piśmiennictwo: przeważają w niej zdania dla surowicy Moserowskiej nieprzychylne. Do 11 przypadków, już dawniej zestawionych, dodaje autor 7 nowych spostrzeżeń i dochodzi do wniosku, że surowica działa wybitnie przeciwjadowo. Przeważnie następowały po zastosowaniu szybkie spadki ciepłoty, bez objawów zapadowych, polepszenie stanu ogólnego, blednięcie wysypki. Mniej wyraźny wpływ można było przyjąć także na zmiany w gardle, w gruczołach itd. Wstrzykiwano naraz 100—200 ctm.³ i ewentualne wstrzyknięcie na drugi dzień powtarzano.

Lewkowicz.

Reusz. **Przyczynek do symptomatologii gruźlicy rdzenia.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Ognisko zniszczyło całe nabrzmienie lędźwiowe. Klinicznie początkowo były bole strzelające, potem niedowład i porażenie najprzód kończyny dolnej prawej, potem i lewej. Niemożność zatrzymania moczu i kału. Po kilku miesiącach wystąpiły bole i osłabienie także i kończyn górnych, oraz pewne zmiany w zakresie nerwów twarzowych. W mózgu znachodziło się także kilka gruzełków odosobnionych różnej wielkości, nie rozpoznanych za życia, gdyż objawy były zakryte objawami rdzeniowymi.

Lewkowicz.

Winternitz. **Wskazania do operacyjnego leczenia kamieni pęcherzowych u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderh.* Tom 62. Wrzesień, 1905). Autor występuje przeciw cięciu międzykrocznemu, które wcale od cięcia wysokiego pęcherza nie jest bezpieczniejsze; owszem, połączone jest z większym krwotokiem, naraża na niebezpieczeństwo zakażenia rany kałem, musi być gojonem zawsze *per secundam intentionem*, a przedewszystkiem pozostawia zbyt często trwałe zboczenia w wydalaniu moczu (moczociek), w czynnościach płciowych (brak nasienia), lub niekiedy przetokę cewkowo-odbytniczą. Zatem autor uważa za dozwolone u dzieci tylko kruszenie kamienia i cięcie wysokie pęcherza. Pierwszy zabieg możliwy jest tylko, jeżeli 1) pęcherz i górne drogi moczowe nie są zakażone; 2) cewka moczowa przepuszcza z łatwością (ze względu na ewentualną konieczność kilkakrotnego wprowadzania przyrządów) litotryptor Collinowski 00 i cewnik ewakuacyjny Nr. 16 Charrièrea (zwykle od 4-go roku życia); 3) kamień jest wolny i ani jego wielkość, ani twardość nie stanowi przeszkody dla skruszania. Zabieg ten ma zaletę, że czas leczenia jest przy nim najkrótszy. W 18 przypadkach autora wynosił przeciętnie 9 dni. Gdy niema warunków do litolapaksyi, wykonuje autor cięcie wysokie. Po wyjęciu kamienia, albo zeszywa całkowicie pęcherz i drenuje tylko przestrzeń przedpęcherzową (w przypadkach bez zapalenia pęcherza, lub tylko z lekkiem zapaleniem nieżytowem: 6 przypadków: czas leczenia wynosił przeciętnie 10 dni), albo drenuje pęcherz lewarowo według Guyon-Dittela (4 przypadki z ciężkiem zapaleniem pęcherza; czas leczenia wynosił przeciętnie 22,6 dni).

Lewkowicz.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. F. Quervain. **O wpływie alkoholu na gruczoł tarczowy.** (*La semaine médicale* 1905, Nr. 44). Gruczoł tarczowy przedstawia pewne typowe zmiany histologiczne przy pewnych zakażeniach, oraz jest czułym, jak to potwierdzają doświadczenia laboratoryjne, na różne substancye chemiczne, jak n. p. na jod lub fosfor. Odczyn gruczołu tarczowego jest taki sam przy działaniu zatrucia drobnoustrojami, jak i trucizn chemicznych. Autor stwierdził, że również zatrucie alkoholowe wywołuje zmiany w tym gruczole. Podczas gdy w stanie prawidłowym składa się on ze zrazików, na które przypada pewna liczba pęcherzyków, wysłanych warstwą nabłonkową i oddzielonych od siebie tkanką łączną, obficie unaczynioną, to przy zmianach, opisywanych przez autora, pod wpływem zatrucia alkoholowego powstaje pewien rodzaj ziarnistości z powodu pojawiania się licznych baniek w zawartości pęcherzyków, przemiana pęcherzyków w sieć drobnych nitek, a w końcu zupełny ich zanik. Treść pęcherzyków nie barwi się wcale lub chłonie tylko hematoksylinę, zamiast eozyny. Powyższym zmianom towarzyszy obfite złuszczanie się nabłonków, które wypełniają wnętrze pęcherzyków, oraz znaczne przekrwienie naczyń włosowatych. Zmiany powyższe spostrzegał Quervain w przypadkach obłędu alkoholowego (*delire alcoolique*), towarzyszącego zapaleniu płuc, a nadto przy czystym alkoholizmie, nie powikłanym chorobami zakaźnemi, gdzie do autopsyi przyszło z powodu udaru mózgowego, urazu, lub kamicy żółciowej. Zmiany gruczołu nie są przypadkowemi, lecz pochodzą z bezpośredniego działania trucizny na miąższ. Nadto zauważył autor, że gruczoł tarczowy u alkoholików znacznie mniej zawiera jodu, aniżeli zwyczajnie. Pewne światło na powyższy wpływ alkoholu na gruczoł tarczowy rzuca też znany oddawna fakt, że u dzieci zrodzonych z pijaków bywa częstym obrzęk śluzakowy, połączony z t. zw. „hipotyroidyzmem“, który stanowczo należy odnieść do bezpośredniego i pośredniego działania alkoholu na gruczoł tarczowy.

Dr. M. Blassberg.

C. v. Noorden i L. Schliep. **O indywidualizującem dyetetycznem leczeniu dny.** (*Berliner klinische Wochs.* 1905. Nr. 41). Leczenie dyetetyczne dny było dotąd czysto empirycznym schematem i dopiero obecnie, kiedy wyróżniamy kwas moczowy pochodzenia tkankowego (*endogeniczny*) i zewnętrznego (*exogeniczny*) można pójść drogą chemii środków spożywczych i doświadczenia biochemicznego w leczeniu dny. Przytem należy zwrócić uwagę na to, że u artrytyków istnieje zmniejszone wydzielanie i następowe zatrzymanie kwasu moczowego, oraz leniwe i niezupełne oddziaływanie na zwiększenie zawartości w pokarmach substancyi purynowych, wytwarzających kwas moczowy. Autorowie nie upatrują siedliska zatrzymania w nerkach, ani też nie dzielą zdania Minkowskiego, że kwas moczowy jest związany z pochodnemi kwasu nukleinowego. Badania Noordena i Schliepa zmierzały do tego, że wykazywali, jakie ilości substancyi purynowych przy podawaniu 400 gr. mięsa znosi artrytyk bez szkody, wydzielając je z łatwością ze swego ustroju. Obliczenie jest łatwe, albowiem 400 gr. mięsa wołowego odpowiada w przecięciu 0·24 gr. substancyi purynowej. Z tego 50 prc. znika w ustroju, częścią przez niedostateczną resorbcyę, częścią przez utlenienie, pozostałych 50 prc. należy oczekiwać w moczu, jako kwasu moczowego. O ile zatem występuje odpowiednie zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu po podaniu danej ilości mięsa, możemy wnosić o dobrej resorbcyi i dopuszczalnej ilości mięsa dla chorego dotkniętego dną.

Dr. M. Blassberg

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XVI. Posiedzenie naukowe z dnia 24 listopada 1905 r.

Posiedzenie odbywa się w klinice chirurgicznej. Obecnych członków 60. Przewodniczy kol. Wechsler.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Rydygier, z okazyi zebrania się posiedzenia w klinice, poświęca słów kilka opisaniu dziejów kliniki chirurgicznej lwowskiej, wykazuje jej braki i niedomagania, wreszcie podaje podział pracy i plan postępowania, jakiego się klinika trzyma. Ten ostatni, zastosowany do wymagań nowoczesnej chirurgii, bywa może niewygodny dla publiczności, stąd pojawiające się często objawy niezadowolenia z tej strony.

Następnie, jako w dniu 25-letniego jubileuszu swojej operacyi wycięcia odźwiernika, przytacza historyę tej operacyi i uzasadnia, dlaczego sobie, a nie Péanowi i Bilrotowi przypisuje pierwszeństwo.

III. Kol. doc. Herman przedstawia chorą po operacyi z powodu ostrego zapalenia otrzewnej. Zdawało się, że przyczyna leży w zapaleniu wyrostka robaczkowego; przy operacyi pokazało się, że idzie tu o obustronne ropne zapalenie trąbek. Trąbki wycięto, jamy brzusznej nie szyto, tylko tamponowano. Pomyślny wynik, pomimo tego, że operowano dopiero piątego dnia, przypisuje prelegent temu właśnie tam-

ponowaniu brzucha, jakoteż hipodermoklizie, która działa jako środek skrzepiający i opóźniający resorbcyę jadu.

2. Przedstawia chorego ze źle wyleczonem złamaniem uda, u którego było skrócenie 5 cm., silnie łukowate wygięcie kończyny i bardzo znaczna abdukcya odłamka górnego. Osteotomia klinowa wyrównała abdukcyę, a skrócenie pozostało tylko na jeden cm.

Kol. prof. Ziembicki zwraca uwagę, że nietylko amatorom, ale i chirurgom się zdarzają wypadki nieudałych wygojeń przy złamaniach, zwłaszcza gdy nie mogą obserwować całego przebiegu. Stąd przestroga dla młodych lekarzy, aby nie brali odpowiedzialności w takich przypadkach. Co do drugiego przypadku, podnosi znaczenie pewnego i wczesnego rozpoznania.

Kol. prof. Rydygier nie może winić w tym przypadku lekarza, ponieważ złamanie leżało bardzo wysoko i skośnie, a na krętarz trudno wywrzeć odpowiedni wpływ.

IV. Kol. Buraczyński przedstawia chorą po operacyi kamicy żółciowej, cierpienia niezwykle rzadkiego we Lwowie. Obraz choroby przed operacyą przemawiał za rakiem żołądka.

2. Przedstawia chorą po dekapsulacyi nerek obustronnej z powodu miąższowego zapalenia nerek.

V. Kol. prof. Rydygier czyta o leczeniu przerostu gruczołu krokowego. (Wykład przeznaczony do druku).

Dyskusya odłożona do następnego posiedzenia.

VI. Kol. Jedliczka przedstawia chorego po operacyi mięsaka strzałki i okazuje odpowiednie rentgenogramy.

VII. Następnie okazuje urządzenia rentgenograficzne, zaprowadzone w klinice chirurgicznej i objaśnia ich działanie. *Zawadzki.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Co zdziałała dotąd organizacya lekarzy niemieckich?

Przed mniej więcej dwudziestu laty wyszła w państwie niemieckiem ustawa o Kasach chorych, bardzo życzliwie przyjęta przez wszystkich lekarzy, którzy oświadczyli gotowość służenia tak dobrej sprawie, jaką widzieli w ubezpieczeniu robotnika na wypadek choroby. Lekarze odrazu zrozumieli, jak wielką ma doniosłość ta ustawa dla całego stanu robotniczego; wszak nikt od nich, którzy codziennie u łoża chorego patrzą w lice nędzy, nie wie chyba lepiej, jaki się obraz przedstawia oczom w rodzinie robotnika, jeśli choroba i niemoc rzucą na łoże boleści żywiciela domu. Nikt z lekarzy jednak wtedy nie pomyślał, jaki wywrze wpływ ustawa ta na stan lekarski, publiczność zaś słysząc, że z powołaniem do życia ustawy o Kasach chorych otworzy się lekarzom cały szereg posad w Kasach, nabrała przekonania, że się dla lekarzy złoty wiek zaczyna. I dlatego wtedy rzuciła się młodzież tłumnie na wydział lekarski tak, że liczba lekarzy w kilku latach powiększyła się więcej niż w dwójnasób.

Oto dlaczego lekarze w państwie niemieckim musieli materyalnie coraz bardziej upadać. Na każdą, nawet i lichą posadę lekarza kasowego znalazły się dziesiątki kompetentów, z czego znowu Kasy chorych korzystając, obniżały coraz więcej honoraryа lekarskie. Lekarze, stający do konkursu o posadę w Kasie chorych, dopuszczali się czasem uczynków niegodnych i upokarzających dla osiągnięcia swego celu i dlatego musieli się wreszcie znaleźć w przykrej zależności od tej instytucyi, której narodziny tak życzliwie witali.

Kiedy zależność ta lekarzom coraz przykrzejszą się stawała i coraz bardziej ogół lekarski zaczął materyalnie podupadać, zaczęły się na zgromadzeniach zawodowych lekarzy, a więc w Izbach i na wiecach Izb — coraz częściej odzywać głosy, nawołujące do zaradzenia wspólnej niedoli. A skoro niedola stanu lekarskiego okazała się wynikiem państwowego ustawodawstwa, zatem rozprawiający na ten temat lekarze doszli do słusznego wniosku: „Ustawodawca i państwo powinni tu coś zaradzić“. Dlatego też różne stowarzyszenia lekarzy niemieckich, Izby lekarskie, wiece i wydział zarządzający związku niemieckich stowarzyszeń lekarskich poczęły kołatać do bram parlamentu, niezmordowanie przedkładając petycye i memoryały z żądaniami lekarzy, powziętemi w niezliczonych rezolucyach w całem państwie. Ale prośby ich nie znalazły nigdy życzliwego ucha, często nawet z wzgardą się spotykały. Wszak w parlamencie niemieckim oświadczył raz sekretarz państwowy v. Bötticher: „Już ja się postaram o to, żeby lekarze nie darli pasów z biednych ludzi“. (*Ich werde schon dafür sorgen, dass die Aerzte sich nicht Riemen aus der Haut der armen Leute schneiden*), a wydziałowi pruskiej Izby lekarskiej, proszącemu o wysłuchanie jego zdania z okazyi debaty nad ubezpieczeniem robotniczem, odpowiedziano: „Czego lekarze się domagają, to już dobrze wiemy; wszak nic nowego nie mogą zwiastować“. (*Was die Aerzte wollen, wisse man schon, sie können ja doch nichts Neues vorbringen*). Takie postępowanie władz otworzyło oczy lekarzom i przekonało ich, że nie mogą liczyć na pomoc władzy, że zgromadzenia, rezolucye, memoryały i podania do celu nie doprowadzą, że jedyne wyjście z tej niedoli leży w własnej sile, leży w organizacyi. Coraz głośniej i energiczniej poczęli się lekarze domagać organizacyi, coraz częściej na ten temat na wiecach rozprawiali, aż wreszcie w lecie r. 1900, po wiecu lekarzy we Fryburgu, równocześnie z trzech przeciwległych cesarstwa niemieckiego krańców ozwały się donośne stanowcze głosy, domagające się co rychlejszego stworzenia dzielnej, jednolitej i zwartej organizacyi. Głosy te powołały pośrednio do życia „Związek lekarzy niemieckich dla strzeżenia interesów materyalnych“. (*Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen*), który od jego siedziby w Lipsku zowią Niemcy krótko także: *Leipziger Verband.* (Związek lipski).

Na powstanie związku lipskiego nie odrazu wszyscy lekarze spoglądali życzliwem okiem, ale przeciwnie, nawet i wrogo się odnosili tak, że trzeba było mieć trochę cywilnej odwagi, żeby się w gronie kolegów do niego przyznawać. Wszak wydział Związku stowarzyszeń lekarskich niemieckich, cieszący się największą powagą w świecie lekarskim niemieckim, oświadczył uroczyście: „Poważne skrupuły i wątpliwości wstrzymują go od oświadczenia się za założeniem Związku, a w zastępstwie interesów materyalnych lekarzy kasowych może tylko tak daleko się posunąć, jak na to zezwala powaga naszego zawodu i niektóre etyczne względy“. Zapatrywania te jednak powoli zaczęły się zmieniać i ustępować innym. Już Wiec lekarski w Hildesheim w r. 1901 poleca wydziałowi zarządzającemu wysłać jednego ze swych członków do zarządu Kasy Związku lipskiego. Wiec z roku następnego, t. j. 1902, odbyty w Królewcu, uchwalił poraz nie wiem który, ale stanowczo ostatni, wysłać memoryał do rządu związkowego, zawierający żądania lekarzy w sprawie Kas chorych; nie zdobył się wprawdzie na to, żeby polecić lekarzom wstępowanie do Związku lipskiego, ale wyraźnie polecił wydziałowi zarządzającemu postarać się o natychmiastowe utworzenie Komisyi do zawierania ugód z Kasami przy przedstawicielstwach zawodowych. Uchwałą tą oficyalne przedstawicielstwo zawodowe lekarzy opuściło dawną drogę samopomocy, a wkroczyło na nową i zbliżyło się niejako, uznając racyę bytu, do Związku lipskiego. Tymczasem wypadki dnia szły wartkim prądem. Z początkiem roku 1903 Rada związkowa przedłożyła parlamentowi nowelę do ustawy o Kasach chorych; w motywach do noweli między innymi podniesiono, „że żądania i życzenia lekarzy nie nadają się jeszcze do dyskusyi, a więc ani do spełnienia, ani odrzucenia“. To spowodowało, że wydział zarządzający zwołał co rychlej wiec lekarzy na nadzwyczajne zgromadzenie do Berlina i tutaj 341 delegatów z całych Niemiec uchwaliło jednogłośnie: „Ze względu na dotychczasowe bezowocne zabiegi lekarzy, by skłonić państwo do uwzględnienia ich słusznych życzeń, wzywa Związek niemieckich stowarzyszeń lekarskich lekarzy niemieckich, by aż do chwili zadowalniającego załatwienia sprawy lekarzy kasowych w zwartej organizacyi stosowali z naciskiem środki samopomocy“. Wobec tego zlanie się w jedną całość obu Związków (lipskiego i Związku niemieckich stowarzyszeń lekarskich — *Verband zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen* i *Deutscher Aerztevereinsbund*) stało się samo z siebie wypływającą koniecznością; Związek lipski istotnie połączył się z Związkiem stowarzyszeń lekarskich, jako osobny oddział, zastrzegając sobie swobodę działania i konieczną samodzielność. I odtąd na wiecach lekarzy niemieckich już nikt nie wspomina słowem o ustawodawcy i państwie, ale mówi się wyłącznie o środkach samoobrony. I związek lipski porósł w pierze, liczy dziś 18.000 członków.

A jeśli teraz kto ciekaw, czego już dokonał związek lipski w tych kilku latach swego istnienia, niechaj przeglądnie oficyalne sprawozdanie, jakie tego roku dnia 20 czerwca złożył jeneralny sekretarz Związku lipskiego Dr. Kuhns na zebraniu walnem w Strassburgu. Następujące słowa przytaczam dosłownie:

„Z roku 1903 przejęto niezałatwionych sporów (jest tu mowa o sporach z Kasami chorych w kwestyach wynagrodzenia za czynności lekarskie) 69, w r. 1904 przybyło nowych 108. — Z tej wielkiej sumy sporów 177, załatwiono w ciągu roku 115, a mianowicie wygrano sporów 111, a przegrano 4.

Niejednokrotnie wysokie podwyższenie honoraryum kasowego uzyskano w 71 przypadkach, przyczem należy zaznaczyć, że podwyższenie honoraryum nie było przedmiotem sporu we wszystkich walkach. Roczny dochód lekarzy z Kas wzrósł przez to o 800.000 marek.

Wedle zestawienia naszego interweniował Związek od chwili założenia w 318 starciach, z tych rozstrzygnięto na korzyść lekarzy 248, a na korzyść Kas tylko 8.

Wygrana w liczbach przedstawia się jako 2,000.000 marek zwyżki w rocznych dochodach lekarzy niemieckich. Muszę na tem miejscu wyraźnie podkreślić, że podana wyżej zwyżka dochodów jest tylko bezpośrednim wynikiem walk, toczonych przez Związek z Kasami; zwyżka, jaką uzyskali we wszystkich Kasach niemieckich lekarze drogą pokojową, co należy policzyć na karb ruchliwej działalności Związku, będzie, nie przesadzając, trzy razy większa, a więc 6 milionów marek. A więc roczny dochód lekarzy kasowych niemieckich podniósł się o około 8 milionów marek.

Wynik ten jest doniosłego znaczenia i ze względu na ocenę działalności Związku lipskiego — jakoteż słuszności zasad samopomocy".

Zważywszy, że do Związku lipskiego należało z końcem roku 1904 17.000 członków, wynosi zwyżka dochodu, obliczona na głowę i rok, 470 marek.

Myśl organizacyi i samopomocy padła zatem, jak widzimy, w Niemczech na żyzną glebę i w czterech latach dała bujny owoc: zwyżki w dochodach rocznych lekarzy kasowych 8 milionów marek.

Walki, jakie podejmował w tych kilku latach Związek lipski z Kasami chorych, były raz mniej, raz więcej gorące, niejednokrotnie dochodziło w walce do ostrej scysyi, jak w Solingen, Kolonii i Lipsku, co nie było wyłączną winą lekarzy, ale głównie nieugiętego stanowiska, jako zajmowały w walce poszczególne zarządy Kas chorych. Dziś już w Niemczech inaczej Zarządy Kas chorych myślą o lekarzach i inaczej do nich się odnoszą. Tylko zatem jednolitą, karną i zwartą organizacyą zdołają lekarze dzisiaj poprawić swą dolę.

Stahr.

Wiadomości bieżące.

Kraków, 4 stycznia.

Sprawy redakcyjne załatwia od dnia 1 stycznia b. r. Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski (Wielopole 4, II p., telefon 93), administracyjne zaś wyłącznie Dr. Wojciechowski (Podwale 9, I p., telefon 362).

— Pisma lekarskie warszawskie, które z kilku tygodni naraz odebraliśmy dopiero 1 stycznia b. r., podają następującą wiadomość:

»W dniu 3 grudnia na zgromadzeniu lekarzy w Resursie Obywatelskiej zawiązano stowarzyszenie, mające na celu zrzeszyć lekarzy warszawskich w sprawach zawodowych, społeczno-zawodowych i towarzyskich. Stowarzyszenie będzie wolne od specyalnej barwy politycznej i ma stać poza stronnictwami. Komisya balotująca i organizacyjna zostały wybrane i zapisują kandydatów«.

»Dla ścisłości musimy zanotować«, — dodaje *Gazeta lekarska* z dnia 9 grudnia — »czego we właściwym czasie uczynić nie wolno jeszcze było, iż od kilku miesięcy istnieje i funkcyonuje już związek lekarzy polskich, który za cel wytknął sobie zjednoczenie lekarzy polaków dla wspólnej obrony praw narodowych, politycznych i społecznych. Oba te zrzeszenia lekarzy warszawskich, różniące się tem, iż drugie wyłączyło ze swej ustawy kwestye polityczne... będą starały się, między innemi, o polski wydział lekarski w uniwersytecie, zreformowanie szpitali w duchu wymagań obecnych, obsadzenie polakami urzędów lekarskich państwowych i społecznych w kraju i t. d.«.

Z dwóch tych organizacyi jedno przybrało nazwę »Stowarzyszenie«, drugie »Związek« lekarzy, a programy ich szczegółowe podały pisma codzienne warszawskie.

Niezależnie od tego zapowiedziała *Kronika lekarska* jeszcze d. 15 listopada, że wkrótce ogłosi projekt ustawy Izb lekarskich w Królestwie.

Potrzeba i pożytek zawodowych związków lekarskich bez względu na sprawę kształtowania się miejscowych stosunków politycznych są rzeczą oczywistą. Brak ich w krajach polskich, pod panowaniem rosyjskiem zostających, mający za przyczynę jedynie anormalne warunki bytu społecznego, był wielką społeczną szkodą i stanu lekarskiego krzywdą. To też witać je należy z uczuciem ulgi i radości i życzyć potężnego, a szybkiego rozwoju.

Do »Stowarzyszenia« i »Związku lekarzy polskich« zwróciły się też odrazu, jako do naturalnych swych opiekunów, żony i rodziny lekarzy polskich, pozostałych na Dalekim Wschodzie, z gorącą odezwą, aby te świeże organizacye lekarskie, dopomogły im w staraniach o powrót tych niedobrowolnych wygnańców z byłego teatru wojny. Niechżeby to wdzięczne i humanitarne pierwsze działanie gron lekarskich uwieńczył jak najrychlejszy skutek.

— Z chwilowej ulgi w stosunkach prasowych w Rosyi skorzystała i prasa lekarska polska, bo i ona nieraz dotkliwie odczuwała cenzurę prewencyjną. *Kronika lekarska* n. p. podaje, że nie wolno było nawet lekarskim pismom podawać wiadomości o jubileuszu Wszechnicy jagiellońskiej, otwartej krytyki urządzeń lekarskich w Rosyi i t. p. Miejmy nadzieję, że wnet minie obecna powrotna fala reakcyi i pismom lekarskim warszawskim i prowincyonalnym będzie dano w pełnej mierze służyć sprawie publicznej, dla której mogły dotąd przez całe szeregi lat pracować tylko wśród trudności i ograniczeń. Za wytrwałość i skuteczność tej pracy wśród najtrudniejszych warunków winno im jest całe społeczeństwo uznanie i wdzięczność.

— Pierwszy numer *Tygodnika lekarskiego* lwowskiego opuścił prasę z datą 4 stycznia b. r. W słowie wstępnem Redakcya uznając, że teraźniejsza polska prasa lekarska czyni wogóle zadość wymaganiom społeczności lekarskiej i spełnia wzorowo swoje zadanie, uzasadnia założenie nowego czasopisma tem, że nowe pismo, to »nowe ognisko naukowe, około którego bezpośrednio skupić się mogą lekarze z najbliższego okręgu, to szkoła praktyczna dla zachęcania i wyrabiania nowych pracowników pióra, bodziec i zachęta do pracy naukowej, wreszcie łącznik lekarzy tej części kraju ze wszystkimi kolegami polskimi«. — Oprócz artykułów oryginalnych prof. Rydygiera i prof. Raczyńskiego zawiera pierwszy numer *Tygodnika* streszczenie poglądowe pióra Dr. Frankego, liczne krótkie wyciągi z piśmiennictwa i wiadomości bieżące. Komisyę redakcyjną tworzą koll. Beck, Sieradzki, Herman, Mars, Raczyński, Rencki, Feuerstein, Opolski, Eljasz-Radzikowski i Świątkiewicz. Nowemu pismu przesyłamy szczere koleżeńskie powitanie.

— Szkoła położnych przy warszawskim Instytucie położniczym, niedawno zamknięta, ma być wkrótce ponownie otwartą z językiem wykładowym polskim.

— Dr. Józef Pawiński z Warszawy uzyskał na publicznem dorocznem posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu d. 12 grudnia 1905 zaszczytne wyróżnienie *(mention honorable)* w konkursie Desportesa na najlepszą pracę praktyczno-leczniczą, a to za ogół swych prac o leczeniu chorób serca. To niezwykłe odznaczenie naszego rodaka i nauki polskiej tem większą budzi radość, że wyróżnianie cudzoziemców przez naukowe instytucye francuskie zdarza się wogóle rzadko.

— Doc. Dr. Kučera ze Lwowa oświadczył gotowość urządzenia jednotygodniowego bezpłatnego kursu o cholerze dla lekarzy okręgowych w lutym, marcu lub kwietniu r. b., jeżeli zgłosi się najmniej 10 uczestników. Zgłoszenia przyjmuje Dr. Laskiewicz w Niżniowie lub Redakcya *Głosu lekarzy*.

— Miasto Lwów nie posiada ani jednej akuszerki gminnej. Rada miejska na wniosek dr. Piska uchwaliła jednak wreszcie zaradzić temu brakowi. Na wniosek zaś dr. Mikołajskiego organizuje miejska Komisya zdrowotna we Lwowie bezpłatną wypożyczalnię przyborów do pielęgnowania chorych. (*Głos lek.*).

— Między 10 a 16 grudnia stwierdzono w Tarnowie jeden przypadek ospy. W tymże czasie zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: kałuskim, kamioneckim, jarosławskim, myślenickim (po 1 gm.), nadwórniańskim (5 gm.), rawskim (1 gm.), starosamborskim (2 gm.), stryjskim (3 gm.).

— Ministeryum spraw wewn. w Wiedniu wydało rozporządzenie, aby nazwiska lekarzy i pomocników, zajętych przy operacyach chirurgicznych, zapisywano w historyach choroby, podając zarazem czynność, którą każdy z nich przy operacyi spełniał. Powodem tego zarządzenia był przypadek śmierci wskutek pozostawienia przy operacyi (w jednej z lecznic prywatnych wiedeńskich) w jamie otrzewnej kompresu, gdzie winowajcy przy dochodzeniu sądowem wykryć nie zdołano.

— W Münster powstaje nowy Wydział lekarski wspólnym kosztem miasta i rządu.

— W Bonn utworzono katedrę medycyny społecznej i powierzono wykłady tego przedmiotu profesorowi medycyny wewn. Rumpfowi.

— W Bazylei na 140 słuchaczy medycyny przypada tylko 2 słuchaczki i to Szwajcarki, gdyż słuchaczkom zagranicznym, zwłaszcza z Rosyi, utrudniono znacznie wstąpienie na studya.

— We Wrocławiu utworzył się Komitet budowy pomnika Mikulicza.

— VI międzynarodowy Zjazd antropologii kryminalnej odbędzie się 28 kwietnia 1906 w Turynie pod przewodnictwem prof. Lombroso. Zgłaszać się należy do sekretaryatu (Turyn, via Michael Angelo 26).

— IV międzynarodowy Zjazd lekarski w sprawach ubezpieczeń odbędzie się w Berlinie 11—15 sierpnia 1906. Wyjaśnień udziela dr. Manes, Berlin W. Spichernstr. 22.

Otrzymujemy następujące pismo:

Kolegów lekarzy, którzyby zamierzali ubiegać się o opróżnione przezemnie stanowisko w zakładzie szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie, proszę, by zechcieli (we własnym interesie) porozumieć się ze mną.

Zygmunt Klemensiewicz, Biskupia 14 (1—2).

Mianowani: Dr. Wołyński ordynatorem szpitala dla dzieci przy ul. Aleksandrya w Warszawie; dr. Fronczak, autor kilku prac naukowych, ruchliwy działacz społeczny wśród Polaków amerykańskich, zastępcą naczelnego lekarza w Buffalo (gdzie Polacy tworzą $^1/_3$ ludności 200.000); dr. Józef Daimer naczelnym referentem sanitarnym w min. spraw wewn. w Wiedniu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 44, 45, 46, 47. Szpanbok: O wahaniach pobudliwości ośrodków ruchowych w mózgu i o zmianach przejawów, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowej przy działaniu rozmaitych czynników. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej chorób żołądka. Rzut oka na 25-letni okres rozwoju chirurgii chorób żołądka (c. d. i dok.). Weisberg Balbina: O zatrzymaniu się w macicy martwego płodu (c. d. i dok.) Poczobut: Dyagnostyczne i prognostyczne znaczenie stosunku ciepłoty ciała zewnętrznej do wewnętrznej. Bikeles i Franke: O umiejscowieniu ruchowem w rdzeniu pacierzowym dla nerwów kończyny przedniej i tylnej u małpy *(cercopithecus)* [z uwzględnieniem wyników, otrzymanych u psa, a po części i u kota]. Sławiński: Przypadek krwotoku z więzadła obłego wątroby.

— *Medycyna* Nr. 47, 48, 49, 50, 51. Goldflam: O nagłej śmierci u dotkniętych wiądem. Róbin: Stan obecny dyagnostyki chorób kiszek (o badaniu czynności kiszek zapomocą dyety próbnej i o jego znaczeniu rozpoznawczem i leczniczem). Blumental: W sprawie leczenia suchot krtaniowych na drodze tracheotomii. Grosglik: Przypadek skruszenia ciała obcego w pęcherzu. German: Przypadek powikłania ciąży i porodu guzem jajnika. Leśniowski: Kilka słów w sprawie zboczeń w budowie organow moczowych. Rzętkowski: Postawy leczenia dyetetycznego t. zw. skazy moczanowej (dny, kamicy nerkowej moczanowej).

— *Lwowski Tygodnik lekarski* Nr. 1. L. Rydygier: O leczeniu przerostu gruczołu krokowego. J. Raczyński: Leczenie płonicy wielowartościową surowicą przeciwpłoniczą Mosera Franke: Sposoby wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc (referat zbiorowy).

— *Głos lekarzy* Nr. 1. Mikołajski: Kodeks deontologii lekarskiej. Dziesięciolecie Izb lekarskich (c. d.). — Próba upaństwowienia pomocy lekarskiej w Austryi. — Stan szpitali powszechnych w Galicyi w r. 1905. — Mikołajski: Partactwo lecznicze w Galicyi. — Langie: Hipokrates o lekarzach.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 12. Joanović: Morfologija i biologija gonokoka (Neisser), te njegov odnošaj prema bolestima. Hercog: Dvije ozlede čovječjega zubala uslijed indirektne traume.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 52. Polák: Nové anaesthetikum Stovain. Lašek: O narkose somnoformové. Chalupecký: Glaukom v lékařství úrazovém (c. d.). Chvojka: Missed labour při centrálni vcestne placentě (dok.) Jeništa: Periherniální flegmona.

— *La Presse médicale* Nr. 102. Meunier: Żuwki *(masticatoires)* jako lek przeciw nadmiernej kwaśności żołądkowej. Letulle: Badanie szczytów płucnych. — Nr. 103. Bué: Ochronki w zabudowaniach fabrycznych. Bourgeois: Nos i połyk a gruźlica płuc.

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 52. Jung: Przyczynek do leczenia zapaleń narządów miednicy gorącem powietrzem. Krause: Leczenie tuberkuliną chorych przychodnich, oraz chorych gorączkujących. Brassert: Rwa ramienna. Brunk: O zastosowaniu acetonu do zatapiania. Nassauer: Ugniecenie narządów moczowych przez guzy przydatków macicy. Hoffmann: Nosze połączone z wyciąganiem. Baucreisen: O hebotomii (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Brugsch i König: Przyczynek do sprawy zapaleń trzustki. Hirschfeld: O schorzeniach trzustki w przebiegu cukrzycy. Campe: Leczenie i zapobieganie płonicy Salkowski: Przyczynek do nauki o nierozpuszczających się w wyskoku substancyach azotowych moczu, zwłaszcza koloidalnych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Scheimpflug: Odzwyczajanie od morfiny w ciężkich przewlekłych chorobach. Frischauer: Porażenie n. wstecznego w przebiegu zwężenia ujścia żylnego lewego. Göllner: Przypadek matołectwa.

— *Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 52. Rumpf: Leczenie nerwic serca. Schick: O dalszych skutkach surowiczego leczenia płonicy. Schütz: Wpływ chloru na spożytkowanie wapna u oseskówKowalewski: Zmiana pierwotna na powiece z demonstracyą krętków bladych. — Nr. 1. Neisser: Próby przeniesienia kiły na małpy. Ribbert: O gruźlicy prosówkowej. Stintzing: Leczenie porażeń. Schlesinger: Kiłowe i histeryczne wrzekome zmiękninie kości. Braun: Sprawność i granice znieczulenia miejscowego. Küttner: Co wynika dla praktyka-lekarza z postępów chirurgii nerek. Werner i Lichtenberg: Działanie wstrzykiwań choliny na liczbę leukocytów krwi królików. Schmidt-Rimpler: Leczenie rtęciowe chorób ocznych. Schulz: Wiewiórowe zapalenie naczyń chłonnych i wiewiórowe przerzuty bez jawnego wiewióra błony śluzowej

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa".

W tygodniu 52 (od dnia 24/XII do 30/XII) **urodziło się** dzieci: żywo chł. 21, dziew. 38; nieżywo: chł. 2, dz. 5. — **Zmarło:** miejscowych męż. 18, kob. 22; zamiejscowych: męż. 18, kob. 7.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 9, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. —. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 2. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. —, ob. —. 8) odra miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci. miej. 3, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. 1. 17) inne choroby zakaźne miej. 1, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. 1. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 8, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 3, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 9, ob. 8. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 2, ob. —. **Razem:** miejscowych 40, obcych 25.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

II Walne zgromadzenie członków polskiego Towarzystwa balneologicznego odbędzie się dnia 14 stycznia b. r. o godzinie 5 po południu w sali posiedzeń Tow. lek. krak. (Dom Towarzystwa, ul. Radziwiłłowska 4).

L: 4.395.

KONKURS.

Wadowicki Wydział powiatowy ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Kalwaryi Zebrzydowskiej z roczną płacą 1.000 Kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 700 Kor.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki: 1) prawo obywatelstwa austryackiego; 2) dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej; 3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Kalwaryi Zebrzydowskiej należą następujące gminy i obszary dworskie: Barwałd średni, Barwałd górny, Brody ze Solczą, Bugaj, Kalwarya Zebrzydowska, Leńcze, Podolany, Stanisław górny, Stanisław dolny, Wysoka, Zebrzydowice, Beneczyn, Brzezinka ad Kopytówka, Paszkówka z Pobiedrem Sosnowice, i Wielkie drogi z Trzebolem. Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17. dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 31 stycznia 1906 r.

Wadowice, dnia 29 grudnia 1905 r. 112

Z Wydziału powiatowego.

Prezes: *Przecław Sławiński.* Sekretarz: *Jan Stopczyński.*

L. 4.808.

KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Drohobyczu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podbużu z płacą roczną w kwocie 1.200 (tysiąc dwieście) Kor. i ryczałtem na podróże w kwocie 730 (siedmset trzydzieści) Kor.

Do okręgu sanitarnego w Podbużu należy 15 gmin z ludnością 14.008 na obszarze 304 kilometrów. Lekarz okręgowy w Podbużu obowiązany jest utrzymywać aptekę domową, przyczem stosować się ma do rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 26 grudnia 1882 r. Nr. 182. dź. p. p.

Kandydaci wykazać się mają: 1) obywatelstwem austryackiem; 2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich; 3) świadectwem zdrowia przez c. k. lekarza powiatowego wydanem, lub przez niego potwierdzonem; 4) świadectwem moralności; 5) znajomością języków krajowych; 6) najmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim.

Otrzymujący posadę tę winien stosować się ściśle do przepisów instrukcyi służbowej dla lekarzy okręgowych a o zamierzonem opuszczeniu tej posady zawiadomić Wydział powiatowy przynajmniej na dwa miesiące przed jej opuszczeniem. Pierwszeństwo mają kandydaci posiadający dwuletnią praktykę szpitalną lub egzamin fizykacki.

Termin do wnoszenia podań, które do Wydziału Rady powiatowej w Drohobyczu wnosić należy, upływa z dniem 31 stycznia 1906 r. 111

Z Wydziału powiatowego.

W Drohobyczu, dnia 20 grudnia 1905.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.